




3 1761 11970637 2



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119706372>

217

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Monday, April 27, 1992

Chairman: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le lundi 27 avril 1992

Présidente: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), a study of breast
cancer

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, une
étude sur le cancer du sein

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidente: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-Comité

Christine Fisher

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, APRIL 27, 1992
(21)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 3:28 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-Committee present: Edna Anderson, Dawn Black and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

Witnesses: From Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening: Sandra Gessler, Programme and Policy Analyst, Women's Health Directorate; Dr. Charlyn Black, Assistant Professor, Department of Community Health Services, faculty of Medicine, University of Manitoba. *From Breast Cancer Action:* Carole Jones, Founder. *From Health and Welfare:* Freda Paltiel, Senior Advisor, Status of Women.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee resumed consideration of its study of breast cancer. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, October 22, 1991, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

It was agreed,—That the Researcher's Report on the Sub-Committee's visit to Washington, D.C., from March 9-11, 1992, be printed as an Appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence (*See Appendix "FEMM-12"*).

At 4:55 o'clock p.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 27 AVRIL 1992
(21)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 15 h 28, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Témoins: Du Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening: Sandra Gessler, analyste du programme et de la politique, Direction de la santé des femmes; D^r Charlyn Black, professeure adjointe, Département des services communautaires de la santé, Faculté de médecine, Université du Manitoba. *De Breast Cancer Action:* Carole Jones, fondatrice. *De Santé et Bien-être:* Freda Paltiel, conseillère principale, Condition féminine.

Conformément à son mandat qui découle du paragraphe 108(2) du Règlement, le Sous-comité poursuit son étude sur le cancer du sein (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 22 octobre 1991, fascicule n° 1*).

Les témoins font des exposés et répondent aux questions.

Il est convenu,—Que le compte rendu de l'attachée de recherche sur la visite du Sous-comité à Washington, D.C., du 9 au 11 mars 1992, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «FEMM-12»*).

À 16 h 55, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Monday, April 27, 1992

• 1529

The Chairman: A quorum being present, we can begin the meeting.

I would like to welcome Ms Sandra Gessler and Dr. Charlyn Black from the Women's Health Branch and the University of Manitoba. Welcome to our committee, and if you would like to proceed, I am sure we will have lots of questions for you.

Ms Sandra Gessler (Programme and Policy Analyst, Women's Health Directorate, Working Group on Breast Cancer Screening, Manitoba Health): We have recently been renamed. We are now a branch rather than a directorate of the provincial health department in Manitoba. I will say a few words about the background and the process our working group in Manitoba followed, and Charlyn will follow me with some discussion of the conclusions and recommendations we came to as our working group met over the past year.

My role in the working group was partly to co-chair on occasion, and I was also the co-author of the the final report.

• 1530

We both have a few overheads we will speak to as we go through the material we thought would be helpful for you today. Before I get into that first overhead, I understand most of you will have had a chance to see our report, and we have brought additional copies to leave with you, if you wish. We have bound copies.

Perhaps before I start, it might be helpful to have a bit of an idea of our backgrounds. I will tell you a little bit about myself in relation to this issue and to women's health issues, and Charlyn will introduce herself and make some similar comments about her background as well.

My original background is in nursing. I have a social science degree as well, with an emphasis in women's studies, and I am currently doing graduate-level courses in epidemiology and bio-statistics towards women's health, working on a Master's degree in women's health policy. So I have a very particular interest in all women's health issues but particularly the ones that are really critical to women in terms of mortality and morbidity. I will have ongoing responsibilities as far as implementing recommendations from our report is concerned, as well as the government representative.

We thought it might be helpful as a start to have a quick look at the female population in Manitoba, just to acquaint you with the province and of course what it looks like. Our province, for the organization of health care, is broken down into eight regions, as you can see, and the female populations and the specific age groups are noted within each region as well. Probably it is mostly of interest for today's purposes to look only at the totals. We are looking, between the ages of

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le lundi 27 avril 1992

La présidente: Nous pouvons commencer puisque nous avons le quorum.

Je tiens à souhaiter la bienvenue à M^{me} Sandra Gessler et au docteur Charlyn Black, respectivement de la Direction de la santé des femmes et de l'Université du Manitoba. Bienvenue; vous avez la parole, et je suis sûre que nous aurons bien des questions à vous poser.

Mme Sandra Gessler (Analyste du programme et de la politique, Direction de la santé des femmes, Groupe de travail sur le dépistage du cancer du sein, Santé Manitoba): Nous venons tout juste de changer de nom. Nous ne sommes plus une division mais une direction du ministère provincial de la Santé du Manitoba. Permettez-moi de vous donner un bref historique et un aperçu du déroulement des travaux de notre groupe de travail au Manitoba et Charlyn vous exposera ensuite les conclusions et les recommandations issues des réunions des membres de notre groupe de travail au cours des douze derniers mois.

Au groupe de travail, j'ai été coprésidente à l'occasion et je suis également corédactrice du rapport que nous avons produit.

Charlyn et moi-même avons toutes deux des acétates à vous montrer au fur et à mesure que se déroulera notre exposé. Avant d'aborder la première d'entre elles, je voulais vous dire que même si la plupart d'entre vous ont eu l'occasion de prendre connaissance de notre rapport, nous en avons apporté des exemplaires supplémentaires que nous vous laisserons si vous le souhaitez. Ces exemplaires sont reliés.

Avant de commencer, il serait peut-être utile que nous vous expliquions d'où nous venons. Permettez-moi de vous parler de mon expérience personnelle du sujet et des autres questions de santé des femmes, et Charlyn, quand elle se présentera, fera de même.

J'ai commencé par être infirmière. J'ai aussi un diplôme de sciences sociales, avec une concentration en études de la femme, et je suis actuellement des cours de niveau supérieur en épidémiologie et en biostatistique de la santé des femmes, car je prépare un diplôme de maîtrise en politique de santé pour les femmes. Je m'intéresse donc particulièrement aux questions de santé qui touchent les femmes, surtout à celles qui sont tout à fait critiques pour elles sur le plan de la mortalité et de la morbidité. J'aurai la responsabilité de mettre en oeuvre les recommandations de notre rapport et j'agirai également comme représentante du gouvernement.

Pour commencer, il serait peut-être utile que vous soyez au courant de l'importance de la population des femmes au Manitoba, pour que vous puissiez comprendre comment les choses se passent chez nous. Dans notre province, les soins de santé sont divisés administrativement en huit régions et vous pouvez constater que la population des femmes suivant le groupe d'âge est précisée dans chacune des régions. Dans le cas qui nous occupe, pour la discussion d'aujourd'hui, les

[Texte]

30 and 70—plus, at a total of 316,000 women in the age group that would be particularly concerned about breast cancer. The widest age group would be 30 to 69.

Our demographics within the province probably are fairly reflective of the other provinces in the country as well, with one slight variation: we have probably one of the highest proportions of aboriginal populations in the country. I was trying to remember the number. I did not jot it down. I believe the population of people who have claimed aboriginal or formal status within the province numbers about 60,000 and about half of those are women, and as you may be aware—certainly from our research—very little is known about breast cancer in aboriginal women in particular. Also, like most other provinces, we have a growing immigrant refugee community as well.

Breast cancer incidence and mortality rates within Manitoba compare with other regions, particularly when we take into account variations in data collection. I believe the official Cancer Society statistics rank us about second in incidence rates, but when one controls for different methods of data collection, we are roughly on a par with most other provinces.

In 1991—and all these various pieces of data are in our report—to finish off the overview, there were 590 new cases of breast cancer in Manitoba; that is roughly 78 cases per 100,000 women, and there were 230 deaths as a result of breast cancer.

• 1535

The next overhead shows the state of breast cancer screening at the moment in the province. The three modalities are breast self-examination, professional examination and mammography. As you can see from the overhead, it is probably again similar to what other provinces, particularly those that don't have formalized screening programs, are offering to their populations of women.

Breast self-examination is simply taught to women by their physicians in the office. The Manitoba division of the Canadian Cancer Society provides some information and instruction as well, but that's been very sporadic and has not been a particularly strong initiative in the last few years.

PBE is professional breast examination by physicians. We have a small number of nurse practitioners in the province. They would also be involved in this in the course of doing regular physicals and so on.

As for mammography, there are three hospitals primarily that are doing routine diagnostic mammograms: the Health Sciences Centre, the largest of our hospitals, located in Winnipeg; Brandon, the second-largest city in the province; St. Boniface Hospital, which again is in Winnipeg. There are three main private X-ray facilities, and there have been a number of recent applications by other smaller hospitals to purchase mammography equipment and to staff it appropriately with radiologists, technicians, and so on.

[Traduction]

totaux sont sans doute tout ce qu'il nous faut. Il s'agit des femmes se situant dans une fourchette allant de 30 ans à plus de 70 ans, au total 316,000 femmes qui ont de quoi s'inquiéter particulièrement du cancer du sein. Le groupe le plus important serait celui des 30 à 69 ans.

La composition démographique de notre province est probablement assez semblable à celle des autres provinces à ceci près: notre province regroupe peut-être la plus forte proportion d'autochtones au Canada. J'essaie de me rappeler le nombre des autochtones vivant au Manitoba car je ne l'ai pas inscrit. Je pense que, dans notre province, près de 60,000 personnes se prétendent autochtones et environ la moitié sont des femmes. Comme vous le savez—et je suis sûre que c'est grâce à nos recherches—nous ne connaissons pas bien l'incidence du cancer du sein sur les femmes autochtones en particulier. Par ailleurs, comme dans la plupart des autres provinces, le nombre des réfugiés ne cesse de croître chez nous.

L'incidence du cancer du sein et les taux de mortalité au Manitoba se comparent à ceux des autres régions, surtout quand on tient compte des variations dans la collecte des données. Je pense que les statistiques officielles de la Société du cancer nous classent au second rang pour l'incidence, mais quand on fait intervenir des méthodes de collecte de données différentes, notre province se compare plus ou moins aux autres.

En 1991—et toutes ces données se trouvent dans notre rapport—il y a eu 590 nouveaux cas de cancer du sein au Manitoba. Cela représente environ 78 cas par 100,000 femmes, et il y a eu 230 décès causés par le cancer du sein.

Cette acétate-ci donne une idée de la situation du dépistage du cancer du sein à l'heure actuelle dans la province. Les trois méthodes sont notamment l'auto-examen du sein, l'examen par un professionnel de la santé et la mammographie. Comme vous pouvez le constater, ce que nous offrons aux femmes dans notre province est probablement semblable à ce que les autres provinces offrent, surtout celles où il n'existe pas de programme officiel de dépistage.

L'auto-examen du sein est une technique que les médecins peuvent apprendre facilement aux femmes, dans leur cabinet. La division manitobaine de la Société canadienne du cancer offre des renseignements et donne également des cours, mais cela s'est fait de façon assez sporadique et sans grand enthousiasme au cours des dernières années.

L'examen professionnel du sein est fait par un médecin. Nous avons un petit nombre d'infirmières de premier recours dans la province qui procèdent à ce genre d'examen également lors des examens généraux réguliers.

Quant à la mammographie, il y a essentiellement trois hôpitaux qui procèdent à un diagnostic routinier par mammographie: le Centre des sciences de la santé, le plus grand de nos hôpitaux, situé à Winnipeg; l'hôpital de Brandon, la deuxième ville de la province, et celui de Saint-Boniface, qui se trouve aussi à Winnipeg. Il existe trois installations privées de radiographie et, récemment, certains hôpitaux plus petits ont fait des demandes en vue d'acheter le matériel nécessaire à la mammographie, avec l'intention également d'embaucher les radiologues et les techniciens nécessaires.

[Text]

The working group looked at many pieces of information in their deliberations. One of them was, of course, looking at the issue of how many mammograms are now being done in the province now and how that would compare to establishing a screening program. We had spent some time projecting costs for a mammography screening program to cover all the various regions of the provinces and you can see some of the numbers on this overhead.

Dr. Black will be going into some of this in detail, so we don't need to stop here and elaborate at this point in time. We would be looking at a \$4 million start-up, with an ongoing yearly of \$2.5 million. At the present time we're looking at 1990-91 totals of roughly \$2.5 million for the cost of mammography for all asymptomatic women in the province.

The Chairman: It's about \$88.

Ms Gessler: It is \$77.50 per mammogram.

The next overhead shows the way we've dealt with the issue in the province. Back in 1988-89, on the direction of the minister of health, an ad hoc technical advisory committee was struck to look at the issue of screening. The purpose, as I've indicated on the overhead, was to provide the minister with a report describing exactly what a mammography screening program would look like in Manitoba. That report was completed, costed out and so on, with all the various pieces of equipment and the personnel required, and so on, itemized and submitted to the minister of health in about October 1989.

The next statement refers to some activity that was going on regarding the issue of cervical cancer and the establishment of a registry within our provincial insurance service. That registry was developed at least into its first stage, and it was developed with the capacity to build in fairly easily a registry of women having mammograms as well. Much of our discussion within the province has dealt with the issue of a registry and that it would link up with the cervical cancer registry as well.

• 1540

The cervical cancer registry is not used for recall as yet, but we have some of the beginning capacity to identify when and where women have had their Pap test, the results, and then to make sure they're recalled at appropriate times. We haven't completed that final process yet, but the plan is to have them linked together at some point.

Following the close examination of the report of the ad hoc technical advisory committee, the minister of health requested that a working group be established to advise them on the implementation details of a mammography screening program. This group was brought together on an invitational basis in order to ensure equal representation from all the major stakeholders. Our report has a detailed list of all the group membership as well as their affiliation.

[Translation]

Le groupe de travail, dans ses délibérations, s'est penché sur de nombreux renseignements. Il a essayé de déterminer notamment combien de mammogrammes étaient utilisés dans la province et comment on pourrait s'en servir dans le cadre d'un éventuel programme de dépistage. Nous nous sommes demandé combien coûterait un programme de dépistage par mammographie, en tenant compte des diverses régions de la province et sur cet acétate, vous trouverez les chiffres que nous avons obtenus.

Le Dr Black va vous exposer les détails de cet aspect-là, et c'est pourquoi je ne vais pas le développer. Au départ, il faudrait 4 millions de dollars, et ensuite, annuellement, 2,5 millions de dollars. À l'heure actuelle, en 1990-1991, on dépense quelque 2,5 millions de dollars pour la mammographie pratiquée sur toutes les femmes asymptomatiques de la province.

La présidente: C'est-à-dire environ 88\$.

Mme Gessler: Chaque mammogramme coûte 77.50\$.

Sur l'acétate que vous avez sous les yeux, vous voyez comment la question est traitée dans notre province. En 1988-1989, à la demande du ministère de la Santé, un comité consultatif technique ad hoc a été formé pour étudier la question du dépistage. Comme je l'ai dit, il s'agissait de donner au ministre un rapport contenant une description exacte d'un programme de dépistage par mammographie adapté au Manitoba. On a fait une étude de coût, et on a évalué combien coûterait chaque appareil, le personnel nécessaire, etc., et tout cela poste par poste, a été déposé sur le bureau du ministre de la Santé vers le mois d'octobre 1989.

Ensuite, vous voyez qu'on s'est intéressé à la question du cancer du col de l'utérus, et qu'on a envisagé d'établir un registre par l'intermédiaire de notre service d'assurance provincial. On a en tout cas franchi la première étape de la création de ce registre, et il a été conçu dans le but d'y intégrer assez facilement un registre sur le nombre de femmes subissant des mammographies. Dans la province, nos discussions ont surtout porté sur la question d'un registre qui serait aussi lié au registre du cancer du col de l'utérus.

On n'utilise pas encore le registre du cancer du col de l'utérus pour appeler les femmes, mais nous avons quand même commencé à pouvoir déterminer à quel moment et où les femmes ont subi leur test de Papanicolaou, et quels en ont été les résultats, ce qui nous permet de les rappeler au moment approprié. Le cycle n'est pas encore tout à fait bouclé, mais nous envisageons de lier les deux à un certain moment.

À la suite de l'examen approfondi du rapport du comité consultatif technique spécial, le ministre de la Santé a demandé qu'un groupe d'étude soit établi afin de le conseiller sur les détails concernant la mise en oeuvre d'un programme de dépistage à l'aide de la mammographie. On a donc constitué ce groupe d'étude en invitant certaines personnes à en faire partie, afin d'assurer une représentation égale de tous les principaux intéressés. Notre rapport contient une liste détaillée de tous les membres du groupe avec la mention de leur affiliation.

[Texte]

We tried to ensure that we had physicians in various specialties within medicine represented—radiology, pathology, surgical and medical oncology. There were a couple of researchers with experience in this area and in community health on the committee. There was a representative from the Manitoba division of the Canadian Cancer Society, and there were representatives from Manitoba Health. There was also a consumer representative. As I say, these are listed in the report. We'll leave copies of the bound reports with you.

The working group in its discussions quickly began to realize there were a number of gaps in the information, and some unanswered questions began to concern them more and more. The original intent of the working group taking off from the report of the ad hoc advisory committee had been simply to proceed with implementing a program. But as our discussion progressed, we began to realize that this was not going to be a straightforward matter of immediately preparing a report on implementation strategies for the minister, that there were some issues we wanted to take a look at more closely. That took probably 85% of our time. Once we started to define some fairly critical questions in our own minds, the rest of the time was spent with deciding how we would deal with some of the concerns raised by various working group members.

In a fairly short period of time we had some fairly painful discussions among ourselves as we started to question the wisdom of immediately proceeding to implement. But it wasn't too long before there was pretty well a consensus among all the group members that we wanted to look at some of the questions that concerned us.

As well as doing a fairly exhaustive literature search and examination of the critical studies that most other provinces and committees had been looking at, we also invited a number of guest experts to provide information and to discuss some of our concerns with us. Dr. Miller from the Ontario breast screening program attended and spent a day with our working group. Dr. Cornelia Baines, from the National Breast Screening Study, also attended and had an in-depth discussion with the working group. And a number of other researchers from within the province of Manitoba spoke to us on a range of issues related to the issue. We had a presentation on alternatives to screening, some of the other technologies that people were aware of and doing some small amounts of research in. Diaphragmography was one of the other alternatives we looked at.

[Traduction]

Nous nous sommes assurés de réunir des médecins appartenant à diverses spécialités au sein du groupe—radiologistes, pathologistes, chirurgiens et oncologistes. Il y avait aussi au comité quelques chercheurs d'expérience dans le domaine ainsi que dans le domaine de la santé communautaire. Il y avait aussi un représentant de la division du Manitoba de la Société canadienne du cancer, ainsi que des représentants du ministère de la Santé du Manitoba. Il y avait aussi un représentant des consommateurs qui siégeait au comité. Comme je l'ai dit, vous trouverez la liste des membres du groupe d'étude dans le rapport. Nous allons d'ailleurs vous en laisser quelques exemplaires.

Au cours de ses discussions, le groupe d'étude a vite fait de constater qu'il y avait de nombreux vides dans les renseignements que l'on possédait, et quelques questions ont commencé à inquiéter de plus en plus les membres du comité. À l'origine, le groupe d'étude établi à la suite du rapport du comité consultatif spécial n'avait été formé que pour mettre en oeuvre un programme. Mais plus nous avançons dans nos discussions, plus nous nous rendons compte qu'il ne s'agirait pas uniquement de préparer immédiatement un rapport portant sur des stratégies visant la mise en oeuvre d'un programme à l'intention du ministre, qu'il y avait quelques questions que nous devons approfondir. Cela a probablement accaparé 85 p. 100 de notre temps. Après avoir commencé à définir quelques questions plutôt critiques, nous avons consacré le reste du temps à décider de la façon de régler certaines des inquiétudes soulevées par divers membres du groupe d'étude.

Après un certain temps, nous avons eu quelques discussions plutôt pénibles entre nous, lorsque nous avons commencé à nous demander s'il était sage de procéder immédiatement à la mise en oeuvre d'un programme. Mais très rapidement, tous les membres du groupe se sont accordés pour dire qu'il fallait examiner certaines questions qui nous inquiétaient particulièrement.

En plus des recherches plutôt exhaustives que nous avons effectuées dans des documents et de l'examen des études critiques que la plupart des autres provinces et des autres comités ont examinées, nous avons aussi invité un certain nombre d'experts pour nous donner des informations et discuter avec nous de certaines questions que nous nous posions. Le Dr Miller, du programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario, a passé une journée avec notre groupe d'étude. Le Dr Cornelia Baines, de l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, a aussi assisté à une réunion et discuté d'une manière approfondie avec les membres du groupe. Il y a aussi un certain nombre de chercheurs du Manitoba qui nous ont parlé de toute une série de questions portant sur le sujet. Nous avons aussi eu un exposé sur des solutions de rechange au dépistage, sur certaines des techniques que certaines personnes connaissent et sur lesquelles il se fait un peu de recherche. Nous avons aussi envisagé, entre autres, les radiographies du diaphragme.

[Text]

• 1545

So we feel fairly clear that we've covered most of the bases in looking at the information. Based on that, we arrived at the conclusions and recommendations that were the focal point of our report. That's the background, if there are any questions that immediately come mind.

The Chairman: I'm sure there will be.

Dr. Charlyn Black (Assistant Professor, Department of Community Health Services, Faculty of Medicine, University of Manitoba, Working Group on Breast Cancer Screening, Manitoba Health): I'd like to thank you for asking the Manitoba Working Group on Breast Cancer Screening to make a presentation to this subcommittee.

I'd like to explain my own background so that you'll understand a little bit of where I'm coming from. I trained as a physician in Manitoba and then entered clinical practice as a general practitioner. Subsequently I received further training in public health. As part of that I completed a Doctor of Science at the Johns Hopkins University in health services research and health policy.

I am currently an assistant professor with the faculty of medicine at the University of Manitoba. I'm a research member of the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. I've also worked clinically and served on community boards for several women's groups. I've had a rather peripheral interest in women's health issues but have been involved over a number of years.

I think the important thing to understand about my background is that I have both the experience with seeing patients on an individual basis and the perspective of looking at populations and groups, looking at policy issues and critical evaluation of the health care system.

As Ms Gessler pointed out, the Manitoba Working Group on Breast Cancer Screening consisted of individuals who brought very different perspectives to the issue of screening for breast cancer. My perspective was just one of many. There was a great challenge in bringing together the different viewpoints presented.

For the record, reviewing some of the testimony, I have seen evidence that the issue of screening has been discussed. I just want to clarify that what we're talking about is the use of a test in healthy individuals, those who have no symptoms or other evidence of disease, to separate those who probably have a disease from those who probably do not.

The understanding of use of mammography for screening of healthy populations clearly differs from its use as a diagnostic tool. Our committee stuck firmly to the issue of screening. We were asked to review current evidence and consult with experts in the field to consider adoption of a mammography screening program for women in the province, as Sandra pointed out.

One of the first issues we confronted was just how rapidly the evidence and the research literature is evolving in this field. Some fairly recent contributions to the literature certainly influenced the way we approached the topic and

[Translation]

Nous sommes donc raisonnablement certains d'avoir fait le tour des informations disponibles et c'est ce qui nous a conduit aux conclusions et aux recommandations qui sont le point central de notre rapport. Voilà comment les choses se sont passées, si vous avez des questions, je pourrai y répondre.

La présidente: Je suis certaine qu'il y en aura.

Dr Charlyn Black (professeure adjointe, Département des services communautaires de la santé, Faculté de la médecine, Université de Manitoba, Groupe de travail sur le dépistage du cancer du sein, Santé Manitoba): Je tiens à vous remercier d'avoir invité notre Groupe de travail sur le dépistage du cancer du sein à faire un exposé devant votre sous-comité.

Je vais commencer par vous dire qui je suis pour que vous ayez une idée de mes qualifications. J'ai commencé par obtenir un diplôme de médecine au Manitoba puis j'ai ouvert un cabinet de médecine générale. Par la suite, j'ai eu l'occasion de compléter ma formation en santé publique. Entre autres, j'ai obtenu un doctorat en sciences à l'Université John Hopkins, avec une spécialisation en recherche dans les services de santé et la politique publique en matière de santé.

Je suis actuellement professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Je suis également chercheur au Centre manitobain pour la politique et l'évaluation de la santé. J'ai également pratiqué la médecine et siégé aux conseils communautaires de plusieurs groupes de femmes. Les questions spécifiquement féminines m'intéressent d'une façon marginale, mais je m'en occupe depuis plusieurs années.

Ce qui est important dans mon expérience personnelle, c'est que j'ai eu l'occasion de voir des patients individuellement, mais en même temps, j'ai eu l'occasion d'étudier le système de santé et les politiques en matière de santé d'une façon plus générale, au niveau des populations et de certains groupes.

Comme M^{me} Gessler vous l'a dit, le Groupe de travail du Manitoba sur le dépistage du cancer du sein était constitué d'éléments qui abordaient le problème de points de vue très différent. Mon point de vue à moi était loin d'être le seul, et l'expérience a été d'autant plus intéressante qu'elle consistait à concilier tous ces points de vue.

J'ai eu l'occasion de lire certains témoignages que vous avez entendus et je sais que vous avez discuté de dépistage. Je précise que nous discutons de tests effectués sur des personnes en bonne santé, des personnes qui ne présentent pas de symptômes et qui ne semblent pas souffrir d'autres maladies. Ces tests sont censés faire la distinction entre celles qui sont probablement malades et celles qui ne le sont probablement pas.

La mammographie est un outil tout à fait différent selon qu'on l'utilise pour dépister le cancer dans la population en bonne santé ou comme outil de diagnostic. Notre comité s'en est tenu strictement au dépistage. On nous a demandé d'étudier les informations les plus récentes et de consulter les experts avant d'envisager la mise en place d'un programme de dépistage par mammographie à l'intention des femmes de la province, comme Sandra vient de vous l'expliquer.

Très vite, nous nous sommes aperçus que, dans ce secteur, la documentation et la recherche évoluaient extrêmement rapidement. Tout au long de nos délibérations, des articles récents n'ont censé de modifier notre démarche

[Texte]

changed our thinking as we progressed through our deliberations. I think we reviewed, in depth, over 50 scientific articles and reports as well as information that our expert members were able to contribute about emerging trends in the province.

What I'd like to do now is summarize for you our six major recommendations of the report, to give you a background and at least set up a framework from which you can ask us further questions.

The first recommendation was that no mammography screening program be introduced in the province of Manitoba at this point in time. This represented to some an unexpected conclusion of the committee. We had several reasons for recommending delay at this point. Our first was that we felt, based on the changes in interpretation of the literature over time, that some of the optimistic projections of benefit from mammography were not proving true, or we were at least getting a sense of a diminishing benefit over time.

• 1550

There have been four randomized studies suggesting that mammography screening reduces mortality in women 50 years and older. We felt that paradoxically, trials of increasing sophistication demonstrate not greater benefits, as might be expected, but fewer.

For instance, the first study was the HIP study, which found that 5,000 women would have to be screened to prevent one breast cancer death. A United Kingdom trial found that 18,000 women would have to be screened, while a Swedish trial found that 67,000 women would have to be screened to prevent one death from breast cancer. So we see this trend of diminishing returns as the sophistication with the technology increases over time. We felt fairly fortunate in having the benefit of time to begin to understand this phenomenon.

A second issue that emerged during the course of our deliberations, and in fact after we'd reached our conclusions, was a concern about an unclear understanding of some of the risks of mammography. In reviewing the literature, we found that screening in women aged 40 to 49, for whom it is sometimes recommended, confers no clear benefit. It's equivocal and in fact there's emerging evidence that screening may even harm women in that age group.

The committee also felt that there were likely to be additional risks related to mammography that were important from the women's perspective—here I'm talking about the issue of false positive and false negative that I'll get into—for which we really didn't have good information about those implications. An example of an additional risk that has emerged since we drew our conclusions was an article published in the *New England Journal of Medicine* that suggested that women with a specific genetic make-up representing 1.4% of the population have an increased risk of breast and other cancers. This research article suggested that in such women the risk of radiation-induced cancer from, for instance, mammography may exceed any benefits of early detection. It's suggested that consideration be given to screening women likely to have this condition with breast examination by a trained examiner instead of mammography.

[Traduction]

et de changer l'orientation de nos discussions. Nous avons étudié de façon approfondie plus de 50 articles et rapports scientifiques ainsi que les informations soumises parmi nos experts au sujet des tendances qui existent dans la province.

J'aimerais maintenant vous résumer les six principales recommandations de notre rapport et vous fournir un canevas qui devra vous permettre de nous poser d'autres questions.

Notre première recommandation est la suivante: ne pas mettre pour l'instant en place au Manitoba un programme de dépistage par mammographie. Certains ne s'attendaient pas à une telle conclusion et pourtant nous avons plusieurs raisons de recommander de remettre ce projet à plus tard. Pour commencer, après une étude approfondie de la documentation, il nous a semblé que les avantages qu'on pensait de façon optimiste tirer de la mammographie ne se confirmaient pas, ou du moins qu'avec le temps, ces avantages diminuaient.

Quatre études effectuées sur des sujets pris au hasard ont conclu que le dépistage par mammographie réduisait la mortalité chez les femmes de 50 ans et plus. Paradoxalement, on s'aperçoit que des tests plus complexes donnent des résultats moindres.

Par exemple, la première étude, l'étude HIP (New York) a conclu qu'il faudrait soumettre 5,000 femmes au dépistage pour éviter un décès dû au cancer du sein. D'après une étude effectuée au Royaume-Uni, il faudrait soumettre 18,000 femmes au dépistage et d'après une étude suédoise, c'est 67,000 femmes qu'il faudrait soumettre au dépistage pour éviter un décès dû au cancer du sein. Autrement dit, plus la technologie se perfectionne, plus les avantages du dépistage diminuent. Dans ces conditions, nous avons trouvé que c'était une chance d'avoir le temps de chercher à comprendre ce phénomène.

Une deuxième notion est apparue pendant nos délibérations, et même après que nous ayons tiré des conclusions, le fait est que les risques inhérents à la mammographie sont encore assez mal compris. En étudiant la documentation, nous nous sommes aperçus que le dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans, qui est parfois recommandé, n'offre pas d'avantage évident. Les faits ne sont pas très clairs et on se demande de plus en plus si la mammographie n'a pas d'effets négatifs sur les femmes de ce groupe d'âge.

Le comité a découvert d'autres risques probables, des risques importants du point de vue des femmes, et là je parle des problèmes de diagnostic faux-positif et faux-négatif que j'aborderai à nouveau tout à l'heure mais sur lesquels nous n'avons pas vraiment d'informations sûres. Un autre risque est apparu depuis que nous avons rédigé nos conclusions. Il s'agit d'un article publié dans le *New England Journal of Medicine*, selon lequel les femmes qui possèdent certaines caractéristiques génétiques, 1,4 p. 100 de la population, auraient un risque accru de cancer du sein et d'autres cancers. D'après les recherches qui étayent cet article, le risque de contracter un cancer après avoir été exposé aux radiations d'une mammographie pourrait fort bien annuler les avantages d'une détection rapide. On a suggéré que les femmes appartenant à ce groupe auraient probablement intérêt à se faire examiner par un spécialiste au lieu de subir

[Text]

This was a study that came out after we'd had some concerns about perhaps not being fully aware of some of the risks that might accrue to women who are screened.

A third issue that influenced our thinking was the imminence of the publication of results from the national breast screening study. This study represents the fifth-large randomized study on mammography. Canadian women, including Manitoba women, participated in this study. Our understanding is that publication of some of those results is imminent. This study will provide us with information to address these two previous issues. Specifically, we believe it will give us information about risks and benefits in the 40 to 49 age group. From considering the implementation of a breast screening program in Winnipeg, we felt it will give us information about the usefulness of physical examination alone as a screen compared to the physical examination plus mammography. We felt this was a very important issue to consider in structuring a program to deliver screening services to remote populations. Manitoba certainly has a very difficult geography to consider in terms of access to basic medical care.

Certainly the committee was concerned with the ability to offer a program that worked to all women in the province. So this issue of clinical examination and how useful a clinical examination alone would be, we felt, would have major implications for structuring a screening program. Given that answers to some of these questions will be available in the near future, we felt it would be irresponsible to charge ahead with a program that was designed specifically around mammography.

• 1555

A fourth issue, and one that's not on the overhead, was that we felt there were gaps in the evidence from a women's perspective, and I alluded to this earlier. Tests are never perfect, and women on the committee identified the tremendous psychological costs of this fact. Women who are told that their mammography screen is positive when in fact it is not suffer undue anxiety and exposure to medical interventions. Women whose test is negative but who do not have the disease on the other hand may be lulled into a false sense of security in paying attention to symptoms as they emerge, into doing breast self-examination, etc.

So we were concerned that there were some real gaps in what we know from a women's health perspective, and this point was made very strongly by our consumer representative. Given all of these considerations, the committee felt it prudent not to proceed at this time but to wait until we could have at least the results of the Canadian study in hand. That was our rationale for recommendation number one.

The second recommendation was that screening mammography be discouraged in asymptomatic women under the age of 50 years. I have discussed earlier that we felt certainly there was no clear evidence of benefit for this group

[Translation]

une mammographie. C'est une étude qui a paru après que nous nous soyons interrogés sur les risques de la mammographie.

La publication des résultats d'une autre étude, l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, doit avoir lieu incessamment et ces données nous ont également influencé. Cette étude est, en importance, la cinquième évaluation de la mammographie sur des sujets pris au hasard. Ce sont des femmes canadiennes, y compris des femmes du Manitoba, qui ont participé à cette étude. Apparemment, une partie des résultats de cette étude doit être publiée d'un jour à l'autre. On devrait y trouver des informations qui permettront de voir les deux questions précédentes sous un jour nouveau. En fait, nous pensons y trouver des informations sur les risques et les avantages du dépistage dans le groupe des 40 à 49 ans. En ce qui concerne la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du sein à Winnipeg, nous pensons que cette nouvelle étude nous fournira des informations sur l'efficacité d'un simple examen médical par rapport à un examen médical accompagné d'une mammographie. Cela nous a semblé particulièrement important en ce qui concerne les services de dépistage à l'intention des populations isolées. Au Manitoba, des considérations géographiques aggravent les problèmes d'accès aux soins de santé fondamentaux.

Un des principaux soucis du comité était de concevoir un programme efficace à l'intention de toutes les femmes de la province. Nous avons donc pensé qu'il était important de déterminer l'efficacité d'un simple examen clinique pour bien structurer un programme de dépistage. Il nous a semblé imprudent de mettre en place un programme axé sur la mammographie avant d'obtenir les réponses à ces questions, des réponses qui devraient être disponibles d'ici très peu de temps.

Il y a une quatrième considération, qui n'est pas mentionnée sur cette acetate: comme je l'ai déjà dit tout à l'heure, du point de vue des femmes, il nous a semblé qu'il y avait des lacunes dans la documentation. Les tests ne sont jamais parfaits, et les femmes du comité ont parlé du poids psychologique considérable que cela représentait. Quand on annonce aux femmes que leur mammographie est positive alors que ce n'est pas le cas, cela les expose à des anxiétés et à des interventions médicales inutiles. Les femmes dont le test est négatif et qui n'ont pas la maladie peuvent elles aussi se laisser envahir par un faux sentiment de sécurité et ignorer de nouveaux symptômes, négliger leur auto-examen, etc.

Nous avons donc trouvé de véritables lacunes dans nos connaissances sur la santé des femmes, et le membre de notre groupe responsable de l'aspect consommation a particulièrement insisté sur ce point. Compte tenu de toutes ces considérations, le comité a jugé prudent d'attendre au moins les résultats de l'étude canadienne. C'est ce qui nous a poussé à adopter la recommandation 1.

La deuxième recommandation: décourager les femmes asymptomatiques de moins de 50 ans de subir une mammographie. J'ai dit plus tôt que nous n'avons rien trouvé qui confirme les avantages de la mammographie pour ce

[Texte]

and feeling that we will be seeing some evidence that will convince us of the increasing risks in this group, so that we've had some debate about exactly how to do this. For information, perhaps I could have the next overhead.

You can see this is a fairly complex table. We're looking at the estimated number of screening mammograms performed on women of specific age groups, and these data were data we analysed using information from the health services commission claims data. We can count only the total number of mammograms done. We have to estimate the number of screens that it represents, so we used a 60% estimate and these numbers are based on that assumption. The estimated number of screening mammography services provided to women in the age group of 40 to 49 was 4,500, to women in what we defined as the target group it was some 6,300, and to 70 and above it was 1,400. Now, remember, these are just estimates of mammograms that are performed as screens at this time.

Of interest is that the services to the 40 to 49 age group seem to be the area where there is the most rapid increase in use of screening services, and we had some concerns given a feeling that we should certainly not recommend screening in this age group. An increase in that age group should certainly be curtailed and we had some debate about how to accomplish that.

The third recommendation was that the provincial government support the development and implementation of an information program for health professionals. This program would be developed in collaboration with relevant professional groups and associations. This was premised on our understanding of how rapidly the evidence was shifting in this field, evidence that physicians provided that it's very difficult to integrate the information from a number of different sources so that it is very difficult for health care professionals to keep abreast of change. The committee therefore recommended that the provincial governments actively support activities that can keep practitioners informed, but clearly such activities must be conducted with active involvement of the relevant professional groups.

• 1600

Our fourth recommendation was that a system be developed to provide women throughout the province with current information about breast cancer screening. This represented an area that committee members felt deserved strong emphasis.

In light of change in evidence, it was brought home many times that women need facts, that there is a great deal of and, indeed, an overload of information for women but somehow there's a difficulty in putting it all together.

[Traduction]

groupe et également que de nouvelles indications pourraient fort bien nous convaincre des risques supplémentaires que cela pose. Nous avons beaucoup discuté des moyens à employer pour y parvenir et avec l'aide de l'acétate suivante, je vais vous expliquer en quoi cela consiste.

Comme vous le voyez, c'est un tableau assez complexe. Il s'agit d'une évaluation du nombre de mammographies de dépistage effectuées sur des femmes de différents groupes d'âge. Nous avons analysé ces données à la lumière des informations contenues dans les demandes de remboursement des services de santé. Tout ce que nous pouvons compter, c'est le nombre total des mammogrammes. Nous avons été forcés d'évaluer le nombre de dépistages que cela représente et nous avons décidé qu'il s'agissait de 60 p. 100. Le nombre évalué de mammographies de dépistage pour des femmes de 40 à 49 ans est de 4,500. Pour les femmes que nous considérons comme le groupe cible, il s'agit de 6,300 et pour les femmes de 70 ans et plus, 1,400. Maintenant, souvenez-vous que ce sont des évaluations du nombre des mammogrammes qui servent au dépistage.

Ce qui est intéressant, c'est que les dépistages dont ont bénéficié les femmes du groupe des 40 à 49 ans semblent augmenter plus rapidement que dans les autres groupes, ce qui nous a inquiété puisque nous n'avions pas l'intention de recommander le dépistage pour ce groupe d'âge. Il y a donc lieu de ralentir l'augmentation dans ce groupe d'âge et nous avons eu des discussions à ce sujet.

Troisième recommandation: que le gouvernement provincial entreprenne un programme d'information à l'intention des professionnels de la santé. Ce programme serait mis au point en collaboration avec les groupes et associations professionnels intéressés. Si nous avons formulé cette recommandation, c'est après avoir constaté que, dans ce domaine, l'information évoluait très rapidement et, d'après les médecins eux-mêmes, il est très difficile d'assimiler des informations en provenance de sources très différentes et de se tenir au courant des changements. Le comité a donc recommandé que les gouvernements provinciaux encouragent activement la mise sur pied d'activités destinées à informer les professionnels de la santé et encouragent, en particulier, la participation des groupes professionnels concernés à ces activités.

Quatrième recommandation: mettre en place un système destiné à mieux informer les femmes de la province sur le dépistage et les méthodes actuelles de détection du cancer du sein. Les membres du comité ont jugé qu'il fallait beaucoup insister sur cet aspect-là.

C'est un domaine où l'information évolue si rapidement que les femmes ont besoin de connaître les faits. D'autre part, les femmes ont souvent du mal à s'y retrouver, exposées qu'elles sont à un excès d'informations.

[Text]

The committee also felt that much of the information women receive is emerging from the U.S., and although well-intentioned, it represents a different interpretation than we felt comfortable with, given the emerging evidence. The example of this is the exhortations for women in their forties to seek mammograms, which we felt was unjustified given the research.

So the committee recognized the need for mechanisms to provide balanced information to women to enable them to make their own decisions about medical information and it recognized the importance of information for women to make informed choices about medical interventions that affect their lives.

Our fifth recommendation was that the Government of Manitoba actively promote appropriate research for breast cancer, including breast cancer screening. The committee recommended that active support be given to address the gaps it identified in the research knowledge, specifically to encourage research to address the psychological costs to women of the imperfection of screening tests and perhaps to follow up on some of the questions arising out of the National Breast Screening Study. Manitoba might have some specific capabilities to follow up on that study. It should also provide enhanced support for ongoing initiatives.

Our final recommendation was that a breast cancer screening advisory group be established with, again, broad membership to monitor evidence regarding breast cancer screening and, specifically, the results of the National Breast Screening Study.

This involved an understanding that reassessment of the committee recommendations would have to be ongoing and follow closely on the heels of the release of the National Breast Screening Study results. So to set up a committee with a view to take action following the release of those results. . .

The committee felt strongly that any decision to implement a program should be based on solid evidence that the screen will do more good than harm to the women of Manitoba and that it should incorporate emerging information to make any program decided upon the most effective program possible.

That represents our six recommendations. I'll conclude the presentation.

The Chairman: Thank you.

Dawn, would you like to begin.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Thank you both for coming to Ottawa and making your presentation to our committee, Ms Gessler and Dr. Black. We appreciate your coming.

When I saw the results of your recommendations in the press it gave me a jolt, because all of the testimony we heard at this committee has indicated that mammography screening is perhaps the only technological tool widely available to

[Translation]

D'autre part, le comité s'est aperçu que cette information provenait très souvent des États-Unis, et pour bien intentionnée qu'elle soit, elle représente une interprétation avec laquelle nous ne sommes pas toujours d'accord, compte tenu des indications nouvelles qui nous parviennent. Par exemple, aux États-Unis, on encourage les femmes dans la quarantaine à subir des mammographies, une position qui, d'après nos recherches, est injustifiée.

Le comité a donc pensé qu'il fallait mettre en place des mécanismes pour offrir aux femmes des informations équilibrées et leur permettre de prendre leurs propres décisions en se fondant sur des informations médicales. Nous avons reconnu l'importance de l'information pour les femmes. C'est le seul moyen pour elles de prendre des décisions informées sur d'éventuelles interventions médicales.

Cinquième recommandation: que le gouvernement du Manitoba favorise la recherche sur le cancer du sein et sur le dépistage du cancer du sein. Le comité recommande que l'on encourage activement la recherche sur les lacunes qui existent dans les connaissances, et en particulier la recherche sur les coûts psychologiques de tests de dépistage imparfaits. Il y aurait peut-être lieu également de donner suite aux résultats de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein. Le Manitoba pourrait avoir des compétences particulières qui lui permettraient de donner suite à cette étude. Les initiatives en cours doivent également être mieux financées.

Notre dernière recommandation: constituer un groupe consultatif sur le dépistage du cancer du sein, un groupe qui, une fois encore, représenterait des intérêts très divers et qui serait chargé de contrôler l'information en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et, en particulier, les résultats de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein.

Nous avons formulé cette recommandation car nous savons qu'il faudra donner suite aux recommandations du comité et les réévaluer à la lumière des résultats de l'Étude nationale sur le cancer du sein. Il s'agit donc de mettre en place un comité qui pourra prendre des mesures lorsque ces résultats seront publiés. . .

Le comité est convaincu de la nécessité de mettre en place un programme uniquement s'il s'avère que le dépistage aura plus d'avantages que d'inconvénients pour les femmes du Manitoba, et pour que ce programme soit le plus efficace possible, il doit s'appuyer sur les informations les plus récentes.

Voilà pour nos six recommandations. Je termine ici mon exposé.

La présidente: Merci.

Dawn, vous voulez commencer.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Merci à toutes deux d'être venues à Ottawa et de nous avoir fait cet exposé, madame Gessler et D^e Black. Nous vous sommes très reconnaissantes d'être venues.

Quand j'ai lu vos recommandations dans la presse, cela m'a donné un choc car, jusqu'à présent, tous nos témoins nous avaient dit que le dépistage par mammographie était peut-être le seul outil technologique qui soit à la disposition

[Texte]

women in Canada and the United States in terms of screening for breast cancer. So it was a different direction than we had heard from the other provinces that have given testimony at our committee.

• 1605

Ms Gessler, you mentioned cervical cancer and Pap test screening. I know in my province of British Columbia—which has been the pioneer, I think, in Canada, in fact in North America, in terms of the Pap test and screening program for cervical cancer for women—it has reduced the mortality rate dramatically. Actually, over the last 30 years we've had the Pap screening program, we've had the follow-up, we've had the one centralized location for reading the smears, which addresses the situation you talked about with false positives and false negatives. I think the evidence is clear that when it's in one location, the people who are reading the test results have a higher degree of accuracy in them. We've seen the results of that in B.C. in terms of cervical cancer, and the rest of the country still needs to catch up to British Columbia in that program, as do other areas of the world.

So the British Columbia screening mammography program was modelled after the very successful Pap screening program. You've talked about the recommendation in Canada being women 50 and over. In B.C., it's 40 and over. The mammography program is open to all women in the province.

It's self-referral; you do not need to go through your physician, and again the radiologists who read the mammographies in British Columbia are reading mammography tests and not doing broken noses and chipped elbows, and therefore they claim they have a much lower positive reading and the cost also is considerably lower—I think around half the cost you related to us.

It's not across the country they are recommending 50 and over; in my province they're recommending 40 and over. In the United States, I understand they recommend a baseline mammography at age 35.

That's to say, wow, we're getting towards the end of all these hearings and we still keep hearing conflicting testimony from the scientists and the doctors who, I think, the Canadian public rely on to give us—and you talked many times about—the facts. My question is, are there any facts? There don't appear to be any hard-based facts on this whole issue of screening mammography, just as there do not appear to be any hard facts on a lot of other aspects of breast cancer. I would ask you to respond to what's happening in British Columbia vis-à-vis what you've decided to do in Manitoba.

My second question, then, relates to another one of your recommendations—and I think it was recommendation four—in which you recommended appropriate research on breast cancer, including screening.

You did talk a bit about it when you read off that recommendation, Dr. Black, but how do you define "appropriate"? What does that mean? What is the research that's going on in the province of Manitoba right

[Traduction]

de la grande majorité des femmes au Canada et aux États-Unis pour le dépistage du cancer du sein. Ce n'était donc pas tout à fait ce que les autres provinces nous avaient déclaré.

Madame Gessler, vous avez parlé du cancer du col de l'utérus et du dépistage par test Pap. Je sais qu'en Colombie-Britannique—province pionnière au Canada et d'ailleurs en Amérique du Nord, pour ce qui est du test Pap et du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus—cela a permis de réduire sensiblement la mortalité. En fait, ce programme de dépistage par test Pap est en vigueur depuis 30 ans et nous avons donc pu l'analyser, nous avons centralisé la lecture des frottis, ce qui élimine le problème dont vous parliez à propos des faux résultats positifs et négatifs. Il semble que l'on ait bien démontré que lorsque la lecture est centralisée, les résultats sont plus exacts. Nous avons pu le constater en Colombie-Britannique pour le cancer du col de l'utérus, et le reste du pays ainsi que d'autres régions du monde ont encore du chemin à parcourir pour rattraper la Colombie-Britannique dans ce domaine.

Ainsi le programme de dépistage par mammographie de la Colombie-Britannique a-t-il été conçu sur le modèle du programme de dépistage Pap. Vous dites que l'on recommande au Canada de l'appliquer aux femmes de 50 ans et plus. En Colombie-Britannique, c'est à partir de 40 ans. Le programme est d'ailleurs offert à toutes les femmes de la province.

Il n'est pas nécessaire de passer par son médecin pour se faire faire une mammographie et, là encore, les radiologues qui lisent ces mammographies en Colombie-Britannique ne s'occupent pas de nez cassés ni de coudes fêlés, si bien qu'ils déclarent trouver beaucoup moins de résultats positifs et qu'ainsi le coût est considérablement inférieur—environ la moitié de ce que vous nous avez indiqué.

Ce n'est pas dans l'ensemble du pays que l'on recommande de limiter ces tests aux femmes de plus de 50 ans; dans ma province, on le recommande à partir de 40 ans. Aux États-Unis, si je ne m'abuse, on recommande une première mammographie à l'âge de 35 ans.

Alors, nous en arrivons à la fin de ces audiences et que nous continuons à entendre des témoignages contradictoires des scientifiques et des médecins sur lesquels compte la population canadienne pour connaître la vérité. Ma question est donc la suivante, était-on sûr de quoi que ce soit? Il ne semble pas qu'il y ait de grandes certitudes sur toute cette question des mammographies de dépistage ni sur grand-chose d'autre concernant le cancer du sein. Je vous demanderais de me dire ce que vous pensez de ce qui se passe en Colombie-Britannique par rapport à ce que vous avez décidé de faire au Manitoba.

Ma deuxième question porte sur une autre de vos recommandations—et je crois qu'il s'agissait de la recommandation quatre—au sujet des recherches à effectuer sur le cancer du sein, et notamment sur le dépistage.

Vous en avez un peu parlé lorsque vous avez lu la recommandation, docteur, mais qu'entendez-vous par recherche appropriée? Qu'est-ce que cela signifie? Quelles recherches effectue-t-on à l'heure actuelle au Manitoba?

[Text]

now? What would the priority areas of research be? Would they be around mammography issues? Would they be around early detection? Would they be around breast self-examination? Or, would they be into causes and treatments of breast cancer? That's a pretty broad recommendation, appropriate research on breast cancer.

My third question would deal with women age 40 to 49 in Manitoba, when you talk about curtailing the availability for them to mammography screening. How will you go about doing this? My contention is that women who are more aware of their own personal health issues—and looking at the popular press, you mentioned it yourself from the United States what women are inundated with. Would women in Manitoba be refused a screening mammography? I doubt it. I think if they go to their doctor and ask for it, they will receive it. I am not sure there is an effective way to curtail those women who themselves request mammography. Therefore, I have some concerns about those women who don't have that opportunity to avail themselves of those kinds of services.

• 1610

Last, there is the thing that I would like to push for in every area of this country. You talked about breast self-examination and you talked about physicians examining women's breasts as part of their medical check-up. I don't know if it is any different in Manitoba, but I don't think women in this country are taught to do breast self-examination. We are all inundated with this information that you should be doing this, but I don't think women are taught to do it in a proper and effective way. We have heard in our committee that the majority of tumours that are discovered are discovered by women themselves through self-examination. I would hope you would make some comments on breast self-examination, as well.

Ms Gessler: On the first point you mentioned, commenting on the program that is established in British Columbia—Charlyn, you can jump in any time—we are in a sort of advantageous position because there have been four or five—I gather Saskatchewan's program is limited to the area of Regina, so it is not a province-wide screening—

Ms Black: It is not self-referral, either, I don't think. B.C. is the only one that is self-referral.

Ms Gessler: Yes. We do have some other jurisdictions to look at and to benefit from their experience, and that was very much a lot of the discussion that we had when we did review what other provinces that had proceeded—or in the case of Quebec, those that had questioned the issue and had opted to delay, to not implement immediately either. Certainly we are monitoring fairly closely the provinces that have implemented and we are learning from their experiences. That, as I say, is sort of taking advantage of that situation, that at least four other provinces have gone ahead before us.

Was there another component to that question?

Ms Black: The cost factor.

Ms Gessler: Certainly that was an item we kept coming back to, as just about all the items you mentioned. We kept hammering away at each of them, too.

[Translation]

Quels seraient les secteurs prioritaires de recherche? Cela porterait-il sur les questions de mammographie? Sur le dépistage précoce? Sur l'auto-examen des seins? Ou sur les causes et les traitements du cancer du sein? Il est assez vague de recommander des recherches appropriées sur le cancer du sein.

Ma troisième question porte sur les femmes de 40 à 49 ans au Manitoba, puisque vous dites qu'elles n'auraient plus droit à une mammographie. Comment allez-vous faire cela? J'estime que les femmes sont les mieux placées pour juger de leur état de santé et qu'elles sont, comme vous l'avez dit vous-même, inondées d'articles de presse venus des États-Unis. Les Manitobaines vont-elles se voir refuser une mammographie de dépistage? J'en doute. Je suppose que si elles vont la demander à leur médecin, elles l'obtiendront. Je ne suis pas certaine qu'il existe un moyen de refuser une mammographie aux femmes qui la demandent. Je m'inquiète donc un peu de ces femmes qui n'ont pas la possibilité de se prévaloir de ce genre de services.

En dernier lieu, il y a quelque chose que j'aimerais préconiser dans chaque région du pays. Vous avez parlé de l'auto-examen des seins et des médecins qui examinent les seins lorsqu'ils font passer une visite médicale aux femmes. Je ne sais pas si c'est différent au Manitoba, mais je ne crois pas que l'on apprenne aux Canadiennes à faire cet auto-examen. On n'arrête pas de nous dire qu'il faut faire ceci ou cela, mais je ne pense pas que l'on apprenne aux femmes à le faire convenablement et efficacement. On nous a dit que la majorité des tumeurs que l'on découvrirait étaient découvertes par les femmes elles-mêmes à l'occasion d'un auto-examen. J'aimerais que vous fassiez quelques commentaires sur cet auto-examen.

Mme Gessler: À propos du programme qui existe en Colombie-Britannique—et Charlyn, je vous invite à intervenir au besoin—nous sommes dans une situation assez avantageuse parce qu'il y a quatre ou cinq—je crois que le programme de la Saskatchewan est limité à la région de Regina et qu'il ne s'agit donc pas d'un dépistage provincial. . .

Mme Black: Je ne pense pas non plus que l'on puisse aller se faire faire une mammographie sans passer par son médecin. C'est seulement en Colombie-Britannique que c'est possible.

Mme Gessler: En effet. Il faut examiner ce qui se fait dans d'autres provinces, et c'est ce dont nous avons discuté lorsque nous avons passé en revue ce que faisaient les autres provinces ou, dans le cas du Québec, pourquoi certaines avaient décidé de ne pas mettre immédiatement en oeuvre un tel programme. Nous suivons de très près les provinces qui ont un tel programme et nous en tirons des conclusions. Nous avons donc profité du fait qu'au moins quatre autres provinces aient fait quelque chose dans ce sens avant nous.

Ai-je complètement répondu à votre question?

Mme Black: Il y avait également l'élément coût.

Mme Gessler: Il est certain que nous revenions toujours à cet élément comme à pratiquement tous ceux que vous avez mentionnés. Nous avons étudié tous les points à fond.

[Texte]

Dr. Black: Your first question related to what are the facts and the tremendous debate that goes on in the interpretation of evidence in the medical literature. This is my own perspective, but one that I brought to the committee nonetheless.

As we are beginning to understand the epidemiology of medical care, one of the consistencies we are beginning to understand is that there is tremendous variation in the way services are provided to people, and in the physicians' assessment of benefit or risk. There is always variation. This is one of the things we are coming to terms with, and understanding is part of the dilemma.

That variation becomes important as we understand the implications for people. One of the issues we tried to ask the committee to focus on was the evidence that suggests something works. We felt that instead of a diagnostic test where women come forward and say, "I have a symptom; what will you do for me?" and a physician will respond—there is a certain degree of uncertainty about whether the procedure will work, and that can be explained to a patient—we are in a very different position with the public health screening intervention where, instead of women seeking help from the medical profession, we go out and knock on doors and we ask people to submit to a procedure that we are recommending.

There is, if you will, a higher burden of proof that is required to prescribe a public health intervention. You require higher evidence of the effectiveness before you can justify delivering this and encouraging women to receive this procedure on a regular basis.

• 1615

Perhaps we were asking the question differently and this is why we came to this different conclusion, because we said, listen, we need to be convinced that this works—not that maybe it works, but we require evidence that it works before we can move forward and recommend that all women should be subjected to this and develop a program that actively encourages that. So that explains some of the difference.

Your second question related to how you define appropriate research. That was the wording that came forward perhaps from the women's health perspectives. The information we heard was that women felt that the research wasn't directed in ways or to topics that were meaningful to women; for instance, to understand the psychological dimensions of what a false positive does to women. Sure, we understand that the organization of a program may be structured in such a way as to diminish the number, but women were saying, well, wait a minute, we don't understand how large an impact a false positive result has on women and how it affects women. We would like to see more research in those areas.

So those were some of the examples of the types of research.

[Traduction]

Dr Black: Votre première question portait sur les certitudes que nous avions ou nous n'avions pas et sur les débats que suscite l'interprétation des témoignages rapportés dans les revues médicales. C'est un point de vue personnel que je vous ai donné mais je pensais qu'il était important de vous le donner.

Alors que nous commençons à comprendre l'épidémiologie en médecine, une des constantes semble être une variation énorme dans la prestation des services et dans l'évaluation que les médecins font de ces services ou des risques. Cela varie toujours. C'est une chose que nous commençons à accepter et c'est un début.

Il est important de comprendre cette variation quand on veut comprendre les implications que cela peut avoir. Une des questions sur lesquelles nous avons demandé au comité de se pencher était de voir s'il n'y avait pas quelque chose qui marchait réellement. Nous pensons que plutôt que de préconiser un test de diagnostic pour lequel il faut qu'une femme se présente en déclarant qu'elle a un symptôme et demande ce qu'il y a à faire au médecin, qui lui répond qu'il n'est pas certain que telle ou telle méthode donne des résultats, ce que l'on peut expliquer à la patiente—il s'agit là d'interventions de dépistage de santé publique où ce ne sont plus les femmes qui viennent demander conseil aux médecins mais nous allons frapper aux portes et demander aux gens de se soumettre à un test que nous recommandons.

Le fardeau de la preuve est plus important lorsque l'on prescrit une intervention. Il faut avoir une plus grande certitude que l'intervention est efficace si l'on veut la recommander régulièrement aux femmes.

Peut-être posons-nous la question différemment, et c'est la raison pour laquelle nous en sommes arrivés à une conclusion différente parce que nous disions, écoutez, il faut être convaincu que cela marche—et non pas que cela marche peut-être mais que cela marche réellement avant de pouvoir recommander que toutes les femmes subissent ce test et de mettre sur pied un programme qui les y encourage activement. Cela explique donc un peu la différence.

Vous nous avez ensuite demandé ce que nous entendions par recherche appropriée. Nous considérons probablement cela en fonction de la santé. On nous a dit que les femmes estimaient que les recherches n'étaient pas orientées sur des sujets intéressants particulièrement les femmes; par exemple, sur la compréhension des dimensions psychologiques de ce que représente pour les femmes un faux résultat positif. Certes, nous comprenons que l'organisation d'un programme peut être structurée de façon à diminuer le nombre d'erreurs, mais les femmes disaient: «Attention, nous ne connaissons pas l'impact que peut avoir un faux résultat positif sur les femmes ni ce que cela peut représenter pour elles. Nous aimerions que l'on fasse davantage de recherches dans ces secteurs.»

Ce sont là quelques exemples du genre de recherche nécessaire.

[Text]

I think there was a feeling at the committee level that the research should be broadly defined, should cover all the areas, but particularly in areas where Manitoba might be able to have a specific impact, some specific research expertise that would be possible. We struggled with how we could, even at an interim stage, implement a program and try to integrate it as part of a research project so we could develop a program that would provide new information. We struggled with the difficulties of being a province with relatively small numbers. Given the limitations of population size, to be able actually to contribute some new knowledge to the literature would be very difficult.

So those were some of the issues we dealt with, but certainly we heard some strong opinions that research in this area should be more actively supported.

Ms Black: And your recommendations on how to curtail the women between 40 and 49 from accessing mammography?

Dr. Black: Did you want to...?

The Chairman: We're going to have to move to the next deputation at 4.30 p.m. because of the 5 p.m. meeting we both have, so we'll have to move on. Do you want just to answer that question?

Dr. Black: Sure. I think the strategy was to recommend that physicians be informed of our conclusions, a summary of the research findings as we saw them, and receive a letter from the government indicating what our recommendation was and a summary of the research evidence that we'd used to reach that conclusion. So it was nothing more active than that, and certainly women in the 40 to 49 age group who go to their physicians and are asking for a screen would probably not be actively discouraged. It would be subject to their private physician's interpretation of the data.

Ms Black: It would be interesting to see if the numbers go down.

Dr. Black: I doubt it.

The Chairman: I would like to ask a question just to ensure that we shall get the material we need for our study. Could you provide us with your evidence, particularly with regard to the possible damaging effects of mammography on women under the age of 50? I mean the citations, if you could give us those.

Dr. Black: We can do that. We don't have that with us, but certainly the three pieces of evidence that we have are the results of one of the Swedish studies. The preliminary results of the National Breast Screening Study—obviously none of us have the final results—and the *New England Journal* article we would be able to provide to you.

The Chairman: Okay. The other thing, just to clarify it, is, are you suggesting that mammography be discouraged in asymptomatic women under the age of 50 even if they have known risk factors such as a mother with breast cancer or any of the other known risk factors?

[Translation]

Le sentiment au sein du comité m'a semblé être que la recherche devrait être définie assez largement afin de couvrir tous les domaines et en particulier les domaines dans lesquels le Manitoba pourrait avoir un rôle spécifique, effectuer des recherches spécifiques. Nous nous sommes demandés comment nous pourrions, même de façon provisoire, mettre en oeuvre un programme que nous essaierions d'intégrer dans un projet de recherche afin de pouvoir en tirer de nouvelles informations. Nous nous sommes heurtés à la difficulté que rencontre une province relativement peu peuplée. Étant donné notre démographie limitée, il peut être très difficile d'apporter réellement des éléments nouveaux.

Ce sont là certaines des questions que nous nous sommes posées, mais on nous a beaucoup dit qu'il faudrait développer la recherche dans ce domaine.

Mme Black: Et quelles sont vos recommandations sur la façon de limiter l'accès des femmes de 40 à 49 ans à la mammographie?

Dr Black: Vouliez-vous...?

La présidente: Il va nous falloir passer au prochain témoin à 16h30 parce que nous avons les unes et les autres cette réunion à 17 heures. Voulez-vous simplement répondre à cette question?

Dr Black: Certainement. La stratégie était de recommander que les médecins soient informés de nos conclusions, reçoivent un résumé des résultats des recherches et une lettre du gouvernement indiquant quelle était notre recommandation et sur quoi elle était fondée. Ce n'était donc rien de plus, et il est certain que les femmes de 40 à 49 ans qui iraient demander à leur médecin de passer une mammographie ne se la verrait pas refuser catégoriquement. Cela dépendrait de l'interprétation des données par le médecin lui-même.

Mme Black: Il sera intéressant de voir si les chiffres diminuent.

Dr Black: J'en doute.

La présidente: J'aimerais juste poser une question pour m'assurer que nous obtiendrons les documents nécessaires à notre étude. Pourriez-vous nous fournir ce que vous avez, en particulier à propos des effets éventuellement dommageables de la mammographie sur les femmes de moins de 50 ans? Pourriez-vous nous fournir les textes sur lesquels vous vous fondez.

Dr Black: Certainement. Nous ne les avons pas ici, mais les trois documents que nous avons sont les résultats d'une des études suédoises, les résultats préliminaires de l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein—évidemment personne n'a les résultats finals—et l'article du *New England Journal* que nous pourrions également vous fournir.

La présidente: Bien. Autre chose, afin que cela soit bien clair, suggérez-vous de dissuader les femmes asymptomatiques de moins de 50 ans de subir une mammographie même si elles présentent certains facteurs de risque, tels qu'une mère ayant un cancer du sein ou quelque autre facteur connu?

[Texte]

• 1620

Ms Gessler: Our group spent a great deal of time discussing some of these points, and that one in particular. I think for our purposes we included fairly significant familial risk factors such as a female primary relative having breast cancer particularly early. They would qualify for a diagnostic procedure.

The Chairman: Yes. Wouldn't that probably be the bulk of the women who are getting them? If you consider that one in ten women develops breast cancer, there are an awful lot of women who have a relative who—

Dr. Black: We don't know who is being screened at this time. I guess that's one of the frightening things. We would expect that they would comprise a large number of the women who perceive themselves to be at some increased risk, but we're not sure.

Ms Gessler: That's complicated by the fact that the data are fairly clear from most people who have commented on it in the research literature that the risk factors only apply in 25% of the cases anyway.

The Chairman: Now, Edna, did you have some questions?

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): Yes. I regret that I wasn't here at the beginning to hear your introduction. I was wondering what led you to the negative feeling or negative view of the mammography testing. I'm sure you said it but I just didn't hear that.

Ms Gessler: In the introductory comments that we made we worked our way towards that. The working group that produced this final report that we've brought with us and that we're commenting on was originally brought together to provide the minister with a plan for implementing the program. When this 14-member working group sat down to start hashing out how we would go about implementing it, a number of questions started to arise that brought us fairly quickly to discussions about whether to implement or not. It was not simply to proceed with how to implement. As we got further into some of the concerns that the various members of the working group brought to the discussion and looked at the literature and so on, and some of the re-examination of the older literature, our concerns became more substantial.

I guess the bottom line of our report is that we've opted to delay implementation or a decision to implement until we have some additional information. This comes particularly from the National Breast Screening Study, which I guess is the largest clinical trial. It covered 90,000 women across Canada, so it's very relevant to Canada's population. With the large number of women involved, we felt it would be prudent to wait for the early results of that and let that be a further guide to our actions before we launched into a program.

Mrs. Anderson: I noticed and read in here that the women, of course, 50 years and over have had quite a reduction in mortality. I gather this is probably the area in which mammography would be least hurtful. Are you carrying on with that age group? Will you be carrying on with that during this interim period?

Dr. Black: Certainly the informal programs that exist in the province will be carried on. The question that we considered was whether to introduce a program for the 40 to 49 age group. Then for 50 and above we wondered, what kind

[Traduction]

Mme Gessler: Nous avons longuement discuté de ces questions et de celle-ci en particulier. Ainsi nous avons pris en compte les risques familiaux importants, tel le fait qu'une proche parente soit atteinte du cancer du sein à un âge relativement jeune, auquel cas un diagnostic serait indiqué.

La présidente: Mais cela doit représenter la majorité des femmes soumises actuellement au diagnostic, car si l'on pense qu'une femme sur dix est condamnée à souffrir du cancer du sein, elles doivent être nombreuses à avoir une proche parente atteinte de cette maladie.

Dr Black: Nous ignorons qui au juste fait l'objet du dépistage actuellement. Il est probable que parmi ces personnes se trouve un bon nombre de femmes qui s'estiment à risque, mais nous n'en sommes pas certains.

Mme Gessler: La situation a l'air d'autant plus complexe que, selon les derniers travaux de recherche, ces facteurs de risque ne s'appliquent qu'à 25 p. 100 des cas.

La présidente: Edna vous voulez poser une question?

Mme Anderson (Simcoe-Centre): Je regrette de ne pas avoir pu assister à votre exposé. Je voudrais donc connaître les raisons de vos réserves à l'égard de la mammographie.

Mme Gessler: C'est ce que nous avons justement expliqué dans notre exposé. Le groupe de travail qui a rédigé le rapport est en principe chargé de soumettre au ministre un projet de modalités d'application du programme. Or, lorsque ces 14 personnes se sont mises au travail, elles se sont heurtées à une série de problèmes qui les ont amenées à se poser la question de savoir s'il était réellement opportun d'appliquer ce programme. Je ne parle donc pas simplement de modalités d'application mais plutôt du bien-fondé du programme lui-même, compte tenu des données scientifiques que nous avons recueillies.

Il a donc été décidé de reporter l'application du programme jusqu'à ce que l'on ait pu recueillir un complément d'informations, qui viendra de la campagne nationale de dépistage du cancer du sein, la plus vaste expérience clinique effectuée jusqu'à présent. Ce dépistage a en effet porté sur 90,000 femmes de toutes les régions du pays. Nous avons décidé, compte tenu de l'importance de ce chiffre, qu'il valait mieux attendre d'avoir les résultats de cette étude avant de nous engager plus à fond.

Mme Anderson: Il semblerait que parmi les femmes âgées de plus de 50 ans, on enregistre une forte baisse de la mortalité, et c'est aussi la classe d'âge pour laquelle la mammographie est la moins risquée. Est-ce que cette classe d'âge continue à bénéficier du dépistage pendant la période intérimaire?

Dr Black: Les programmes actuellement en cours seront poursuivis. La question en revanche était de savoir si les femmes âgées de 40 à 49 ans devraient également subir des tests de dépistage. Il faut également décider quel genre de

[Text]

of program? We did talk about the implications. If breast examination by a trained professional was to confer as much benefit as mammography, that would have tremendous implications for women who live in isolated communities. As women, we all know the implications of having to fly out of a remote community, leaving family and home behind to access a technology that's centrally located. We felt that if, for instance, physical examination was to confer as much benefit, then that might logically be a type of intervention that we could offer to women that would be much more satisfactory.

Mrs. Anderson: I'm just going to go across to Dawn. In the province of British Columbia you had the mobile units going out. Were those just mammography mobile units?

Dr. Black: Yes. They go up into the remote regions and over to the north.

Mrs. Anderson: I would think probably a mobile unit—if there's such a thing—would do it.

• 1625

Ms Gessler: Our radiographer has a number of concerns about the accuracy of the mobile units, with the recalibration that is required and the technical support staff and so on.

Dr. Black: There were some implications and some potential difficulties that he brought to light, which influenced us in considering that option, because that was another option that we considered.

Mrs. Anderson: When do you expect the national research evidence to come in? June?

Dr. Black: Soon.

Mrs. Anderson: Soon. So much will hinge on that. We really have never had a research study done that was worthwhile.

Ms Gessler: We are quite hopeful that it is going to provide some fairly important information, simply because their initial questions were questions that had not been so clearly stated by other studies in the past. They were really going to get at issues, differentiating between the two age groups that had not been done by some of the older studies. We felt that this was really the critical piece of information, to hold off by six months or whatever until we had some of that before we proceeded. We put our ongoing review committee in place so that we will be in a position to review that information the moment it does hit the press. We will have the system in place to advise the minister and to mobilize the resources within the provincial health department, so that they will act on it accordingly.

Mrs. Anderson: I have one last question. When public health went out and knocked on doors, did you have the feeling that people were aware that one in nine, one in ten women had cancer? Did they really acknowledge that this is a number that is facing them and that it is very important?

Dr. Black: I think women do have an awareness. They are getting an awareness from many sources of media at this point about their breast cancer risk. I think there is some concern about that one in nine, one in ten figure, though. I

[Translation]

test il convient de faire subir aux femmes âgées de plus de 50 ans. S'il apparaît qu'un examen des seins par un spécialiste est aussi probant que la mammographie, ce serait très utile pour les femmes vivant dans les agglomérations reculées, pour lesquelles il est toujours difficile d'avoir à se rendre dans un grand centre rien que pour se faire examiner et de trouver quelqu'un à qui confier le soin de la famille. S'il s'avère qu'un examen physique est aussi probant qu'une mammographie, ce sera sans doute la voie à suivre.

Mme Anderson: Les unités mobiles utilisées en Colombie-Britannique faisaient-elles uniquement des mammographies?

Dr Black: Oui, ces unités ont été utilisées dans les régions reculées dans le Grand Nord.

Mme Anderson: On peut donc le faire grâce aux unités mobiles.

Mme Gessler: D'après notre radiologue, l'unité mobile ne serait pas parfaitement fiable, car l'appareil doit être recalibré et sa manipulation exige un personnel qualifié.

Dr Black: Nous avons en outre à tenir compte de problèmes qu'il nous a signalés avant de nous prononcer sur les différentes possibilités.

Mme Anderson: Est-ce bien en juin que les résultats de cette étude doivent paraître?

Dr Black: C'est pour bientôt.

Mme Anderson: C'est la première étude vraiment valable effectuée chez nous et elle aura donc d'importantes répercussions.

Mme Gessler: Cette étude devrait nous fournir des renseignements importants, car c'est la première fois que certains aspects du problème ont été abordés de cette façon. Ainsi contrairement à ce qui a été fait par le passé, dans cette étude, on a essayé de distinguer entre les deux classes d'âge. Nous avons donc décidé d'attendre d'avoir ces données avant de décider quoi que ce soit. Dès que l'étude sera rendue publique, notre comité spécial sera chargé de l'examiner. Ensuite, les conclusions seront soumises au ministre et le ministère provincial de la Santé prendra les mesures qui s'imposent pour aller de l'avant.

Mme Anderson: J'ai une dernière question. À votre avis, les femmes se rendent-elles vraiment compte du fait qu'une femme sur dix est condamnée à souffrir du cancer du sein? Se rendent-elles compte de l'ampleur du problème?

Dr Black: Oui, je pense que les femmes se rendent compte du risque, car les médias parlent beaucoup en ce moment du cancer du sein. En revanche, ce chiffre de un sur neuf ou sur dix est souvent mal interprété. Il s'agit en réalité

[Texte]

think it is likely being misinterpreted. I think most people do not understand that this is a lifetime cumulative risk; people have a great deal of difficulty understanding. That is an example of the type of shifting of information, making it difficult for women to accurately interpret the risk, which we felt should be handled in a more broad-based educational program, talking about breast health for women.

Ms Gessler: Overall, from various sources and also from being women ourselves, we were sort of aware that women have a very high level of fear about breast cancer, about the apparent randomness of it, at least as far as we know now, and of course all that goes with it—body image and the extensiveness of the surgery, particularly in the past, all of the emotional component of that.

Dr. Black: We recognize that this was a controversial stance to take at this point in time. Nonetheless, I think we indicated that our review had been a critical analysis based on a scientific review of the literature. We received support for our position from all three parties in the legislature. So I think that was indicative of the type of process that we used to review the literature and then present our report.

Ms Gessler: The appropriate research question—I have been dying to jump in with that. One of the things the working group identified as an area of concern was that so much research in breast cancer seems to go in the direction of early detection, because we had hoped that this was going to be a big piece of our hope in this area. We tried very hard. I know Sandra and I discussed it a couple of times over the phone and we tried to find out the moneys and the extent of the research activity in other areas of breast cancer—what is happening around cause and prevention and so on. So this was another area that was considered under the heading of “appropriate”. Let’s find out what’s happening and let’s do whatever we can to facilitate activity in that area.

• 1630

Around the BSE issue, Manitoba Health, our department, is collaborating with the Manitoba division of the Canadian Cancer Society to go into the rural areas and actually conduct BSE clinics so that women won’t simply be given a pamphlet or shown a video. There will be a trained person to actually teach them how to do BSE and to give them the appropriate information about the benefits and the limitations of BSE, because we certainly recognize its limitations as far as identifying early tumours is concerned.

The Chairman: Thank you very much. You certainly had a very thoughtful report that will raise even more questions for us in our quest to try to understand this health problem.

Ms Gessler: The consumer representative in our committee was at high risk. She had never had a positive diagnosis but was being followed very closely. She had been a participant in the NBSS. She’d been in the mammography on—

Dr. Black: Yes, several of the women were in a high-risk category, which is, I think, an appropriate one for the screening questions.

[Traduction]

d’un risque cumulatif étalé sur toute l’existence, et c’est ce fait que les gens ont du mal à comprendre. C’est pourquoi il faut essayer de faire mieux comprendre aux femmes, grâce à une campagne d’informations, ce que signifie au juste le risque de cancer du sein.

Mme Gessler: En règle générale, les femmes ont très peur du cancer du sein qui semble frapper ses victimes au hasard; elles ont peur, entre autres, de la chirurgie qui, par le passé, était bien plus radicale qu’actuellement.

Dr Black: Notre position est sans doute controversée même si elle est basée sur les données scientifiques les plus récentes. Quoi qu’il en soit, notre position a été appuyée par les trois partis.

Mme Gessler: Il y a également la question des objectifs que la recherche va se fixer. On semble privilégier actuellement la détection précoce du cancer du sein, qui semble être le domaine le plus prometteur. Mais nous nous sommes également penchés sur la prévention du cancer du sein, sur ses causes, questions que nous avons également considérées comme appropriées. Il s’agit d’évaluer la situation et de faire ce que nous pouvons pour faciliter l’intervention dans ce domaine.

En ce qui concerne l’auto-examen des seins, le ministère de la Santé du Manitoba collabore avec la division provinciale de la Société canadienne du cancer pour organiser des cliniques dans les régions rurales afin qu’on ne se contente pas de remettre aux femmes une brochure ou de leur présenter un vidéo. Une personne spécialement formée leur montrera comment procéder à l’auto-examen des seins et les informera des avantages et des limitations de cette forme de dépistage. En effet, nous sommes très conscients de ses limites en ce qui concerne le dépistage précoce des tumeurs.

La présidente: Merci beaucoup. Vous nous avez présenté un exposé très approfondi qui nous amènera à nous poser encore plus de questions pour tenter de comprendre le problème.

Mme Gessler: La représentante des consommateurs de notre comité présentait des risques élevés. Elle n’avait jamais eu de diagnostic positif, mais elle était suivie de très près. Elle avait participé à l’Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein. Elle avait également participé au programme de mammographie. . .

Dr Black: Oui, plusieurs de ces femmes présentaient des risques élevés et participaient donc au programme de dépistage.

[Text]

The Chairman: Next, we have Carole Jones. They've changed their name from the Write Now Campaign to the Breast Cancer Action Campaign.

Ms Carole Jones (Founder, Breast Cancer Action Campaign): This won't take long, because I know you have another committee meeting.

It's what we call a letter-writing campaign, and it began from my attending the meetings here. I saw a real need for some kind of advocacy. The people outside who are not attending it expressed a lot of concern to me and so on, and we just had to do something about it. We were so supportive of your committee.

So what happened was that I met with one of your witnesses, Sharon Batt, and we discussed a letter-writing campaign. She agreed. We contacted Pat Kelly, and she also agreed to get involved.

So we had one meeting and there was a total of five members, two of whom are actively in treatment right now. I'm one of them. Three women who are in remission have worked on this campaign.

As I said, there's been one meeting and there have been thousands of phone calls and faxes and get-togethers. It's a grassroots operation done around a kitchen table.

What we did is this. We sat down the day we got together and composed this letter and brochure. We made several changes to it. We had it translated into French. We found a printer in Calgary that did it for free for us.

An hon. member: Wonderful!

Ms Jones: Yes, it was absolutely wonderful. His wife died of breast cancer and he was glad to help.

They were delivered last Thursday, as Sandra knows. She was over folding and stuffing them on the weekend. We mailed them out yesterday. We'll be mailing out about 5,000 copies of this letter.

We had some press on it. We don't want to have press yet. Our objective is to appear before your committee or meet with you informally and present you with copies of the letters. I know you haven't had a lot of time to look at the stuff. We are sending out a brochure with the facts on breast cancer as we know them, and we're sending two copies of a letter. One copy will go to the person's MP, and the other letter will go to us. We then can present the copies to you so you will have some strength when you present your paper. That's the objective of the whole thing.

• 1635

The Chairman: That's excellent. That's very fast action, actually.

Ms Jones: Yes, it is. And we've have tremendous support. To give you an idea, I mailed out the letters yesterday and I've already got 700 copies of the letter to present to you.

[Translation]

La présidente: Nous allons maintenant entendre Carole Jones. Son groupe ne s'appelle plus Write Now Campaign, mais Breast Cancer Action Campaign.

Mme Carole Jones (fondatrice, Breast Cancer Action Campaign): Je serai brève car je sais que vous avez une autre réunion.

Nous avons lancé ce que nous appelons une campagne d'envoi de lettres à la suite de ma participation à vos réunions. J'ai constaté la nécessité de défendre les intérêts des femmes. Étant donné les nombreuses inquiétudes dont nous ont fait part les gens de l'extérieur qui n'assistent pas à vos réunions, nous avons cru nécessaire de faire quelque chose. Nous soutenons entièrement votre comité.

Ensuite, j'ai rencontré l'un de vos témoins, Sharon Batt, avec qui j'ai discuté de ce projet de campagne. Comme elle était d'accord, nous avons communiqué avec Pat Kelly, qui a également accepté de participer à cette initiative.

Nous avons donc tenu une réunion et notre groupe comprend actuellement cinq membres dont deux sont en cours de traitement. J'en fais partie. Trois femmes qui sont en rémission ont travaillé à cette campagne.

Comme je l'ai dit, nous avons tenu une réunion, et il y a eu des milliers d'appels téléphoniques, de messages par télécopieur et de réunions. Nous nous réunissons chez l'une ou l'autre.

En fait, le jour où nous nous sommes réunies, nous avons rédigé cette lettre et cette brochure. Après y avoir apporté plusieurs corrections, nous les avons fait traduire en français. Nous avons trouvé un imprimeur de Calgary qui les a imprimées gratuitement pour nous.

Une voix: Merveilleux!

Mme Jones: Oui, c'est absolument merveilleux. Comme sa femme était morte du cancer du sein, il s'est fait un plaisir de nous aider.

Les lettres et les brochures nous ont été livrées jeudi dernier, comme Sandra pourra vous le dire. Elle a passé le week-end à les mettre sous enveloppe. Nous les avons expédiées hier. Nous allons envoyer environ 5,000 exemplaires de cette lettre.

Les médias en ont déjà un peu parlé. Nous ne voulons pas nous adresser aux médias tout de suite. Notre intention est de comparaître devant votre comité ou de vous rencontrer officieusement pour vous présenter des lettres. Je sais que vous n'avez pas eu énormément de temps pour examiner tout cela. Nous envoyons une brochure d'information sur le cancer du sein ainsi que deux exemplaires d'une lettre. Un exemplaire est adressé au député de l'intéressée et nous gardons l'autre. Nous pouvons ensuite vous communiquer ces lettres afin que vous ayez des faits précis à l'appui de votre rapport. Tel est le but de toute cette opération.

La présidente: C'est excellent. Vous êtes vite passées aux actes.

Mme Jones: En effet. Et nous avons énormément d'appui. Pour vous en donner une idée, je vous dirai que j'ai fait les envois hier seulement et j'ai déjà 700 lettres à vous présenter.

[Texte]

Ms Black: That's wonderful.

Ms Jones: The phone doesn't stop ringing. The National Action Committee sent out 500 to their members. My union sent out 700 to its members at their own cost. As I said, people are coming every day and picking up handfuls of them. People are really excited.

However, there is a downside. We have a box number, and I've been receiving letters since an article appeared in *The Toronto Star* about it. The letters are very disheartening. There are letters from people whose mother died of breast cancer a short time ago and this is how they feel, from a young girl who is 22 who just found out she has breast cancer, wanting to know where she can find a support group. We're just not equipped to answer all these letters. I didn't expect that kind of response. But people are reaching out. Every woman has her story, as you know, and they just want to tell it.

The Chairman: What are you going to do with all those inquiries?

Ms Jones: We're going to have to find volunteers. Five women with breast cancer started the group, but it has been many, many friends who have actually done the work. These friends have also offered to respond to these letters and to set up something on the computer, as everybody deserves an answer.

The Chairman: I'm wondering if the Breast Cancer Foundation, Nancy Paul's group, could help. They have private money.

Mrs. Anderson: A lot of them are voluntary workers. Possibly there might be a way of asking the ones who are already going how they got started.

Ms Jones: Yes, exactly. You see, I don't know what's going on in Scarborough.

Mrs. Anderson: But perhaps through the Scarborough Member of Parliament or some other way we can get something going.

The Chairman: I'm sure there are places that don't have anything.

Ms Jones: Absolutely.

The Chairman: Is there any kind of directory?

Ms Black: Is there anything available to grassroots health organizations to fund action like this?

Ms Freda Paltiel (Senior Adviser, Status of Women, Department of National Health and Welfare): Simple questions get complicated answers.

We have a health promotions program that funds self-help groups and grassroots groups. We have funded self-help groups under our national welfare grants. Generally, the emphasis has not been so clearly on health, but I think psycho-social aspects of health and support might qualify under certain conditions.

There's no harm in sending a letter of inquiry. It could be addressed to my office. If you send it here, they'll get it to me. We will see who we can put in touch with you to see what match there might be with the available funds and the available criteria for granting.

[Traduction]

Mme Black: C'est merveilleux.

Mme Jones: Le téléphone ne cesse de sonner. Le Comité canadien d'action a envoyé 500 lettres à ses membres. Mon syndicat en a envoyé 700 à ses propres frais. Chaque jour, les gens viennent en prendre par paquets. Cette initiative suscite énormément d'intérêt.

Elle a néanmoins un côté déprimant. Depuis que le *Star* de Toronto a publié un article à ce sujet, nous avons reçu des lettres dans notre case postale. Ces lettres sont très tristes. Elles émanent de personnes dont la mère vient de mourir du cancer du sein ou encore d'une jeune fille de 22 ans qui vient de découvrir qu'elle a le cancer du sein et qui veut savoir où elle peut trouver un groupe de soutien. Nous ne sommes pas en mesure de répondre à toutes ces lettres. Je ne m'attendais pas à ce genre de réaction. Mais les gens nous écrivent. Chaque femme veut nous faire part de son cas.

La présidente: Qu'allez-vous faire de toutes ces demandes?

Mme Jones: Nous allons devoir trouver des bénévoles. Notre groupe a été fondé par cinq femmes atteintes du cancer du sein, mais ce sont leurs nombreux amis qui ont accompli tout le travail. Ces amis se sont également proposés pour répondre à ces lettres et organiser un système informatisé, car chaque lettre mérite une réponse.

La présidente: Je me demande si la «Breast Cancer Foundation», le groupe de Nancy Paul, ne pourrait pas vous aider. Elle dispose de fonds privés.

Mme Anderson: Elle compte de nombreux travailleurs bénévoles. Peut-être pourriez-vous demander aux groupes déjà formés comment ils ont démarré.

Mme Jones: Précisément. J'ignore ce qui se passe à Scarborough.

Mme Anderson: Nous pourrions peut-être lancer quelque chose par l'entremise du député de Scarborough ou autrement.

La présidente: Il y a certainement des endroits où il n'y a aucun service.

Mme Jones: Absolument.

La présidente: Existe-t-il un répertoire quelconque?

Mme Black: Les organismes de santé ont-ils les moyens de financer ce genre d'initiative?

Mme Freda Paltiel (conseillère principale, Situation de la femme, ministère de la Santé et du Bien-être social): Les questions simples réclament parfois des réponses compliquées.

Nous avons un programme de promotion de la santé qui finance les groupes d'auto-assistance. Nous avons également financé ce genre de groupes dans le cadre de nos subventions nationales au bien-être social. En général, ces subventions ne mettent pas vraiment l'accent sur la santé, mais je pense qu'elles peuvent couvrir certains aspects psychosociaux de la santé et du soutien.

Rien ne vous empêche d'envoyer une demande de renseignements. Vous pourriez l'adresser à mon bureau. Si vous l'envoyez ici, on me la fera parvenir. Nous verrons qui nous pourrions mettre en contact avec vous pour établir quels sont les fonds qui pourraient être mis à votre disposition et les critères d'admissibilité.

[Text]

I'm sorry I was out of the room and didn't hear the beginnings of your—

The Chairman: One of the concerns is that they're going to be asked questions by women about where to find a group, and they don't know. Is there any way of getting that kind of information for them? I am thinking that in Toronto it will be part of a blue book in community services, but what kind of resources do you have available in the rest of the country? Is there any directory or anything similar for different provinces? Where do they refer people?

• 1640

Ms Jones: When my cancer metastasized, I asked about a support group and was put in touch with the social worker at the Civic Hospital, who was just forming a new support group, which was what I wanted badly. But I was told I could not join the support group because the cancers of all the other people in the group had not metastasized but were just the beginnings of breast cancer, and that I would scare off these people. So like a leper, I had to crawl away and step aside.

Ms Black: Your case would be a downer. So there would be nothing for you.

Ms Paltiel: If there was someone here from the Canadian Cancer Society—

Ms Jones: So what I am saying is that although that is a road you would think you could take, you unfortunately can't.

The Chairman: What was that wonderful group from Toronto that came here and was inspirational in the work they are doing? I can't think of the group's name. Can you remember their name?

Ms Black: They are funding research.

The Chairman: They raise money for medical research.

Ms Jones: The Burlington group had terrific support services. But I think they have the 800 number in the United States and an organization that is referring people. We don't know where the groups are in Canada, but I bet each provincial government does, or they should.

The Chairman: Can we go into a formal question-and-answer period? We are jumping all over the place. Let's get back to the formal procedure.

Ms Black: I want to thank you for coming to our committee officially, Carole, because I know you have been following the proceedings of the committee since the very first hearing, during which you were here, and you have been at every meeting, I think.

Ms Jones: That's right.

Ms Black: You could probably sit down and help us now as we get into this stage, in which we have to take everything we have heard and write a report that makes some recommendations and some kind of sense, considering all the conflicting comments.

[Translation]

Je n'étais malheureusement pas dans la salle quand vous avez commencé. . .

La présidente: Les femmes vont leur demander où elles peuvent trouver un groupe de soutien et elles ne connaissent pas la réponse. Y a-t-il un moyen de leur obtenir ce genre de renseignement? À Toronto, cela figurera dans un fascicule disponible dans les services communautaires, mais pour le reste du pays? Y a-t-il des annuaires ou des guides dans les autres provinces? Vers qui oriente-t-on ces patientes?

Mme Jones: Lorsque je suis entrée en phase métastatique, j'ai demandé s'il existait un groupe de soutien et on m'a mis en contact avec l'assistante sociale du Civic qui était en train de mettre sur pied un nouveau groupe de soutien, ce dont j'avais grandement besoin. On m'a répondu que je ne pouvais me joindre à ce groupe de soutien car les cancers de tous les autres membres de ce groupe n'étaient pas encore en phase métastatique mais en simple phase primaire de cancer du sein et que je ne ferais que les paniquer. Il m'a donc fallu retourner à ma solitude comme une lépreuse.

Mme Black: Votre cas en découragera plus d'une. Il n'y avait donc rien pour vous.

Mme Paltiel: S'il y avait ici quelqu'un de la Société canadienne du cancer?

Mme Jones: Même si c'est une voie qui semble souhaitable, elle est malheureusement inaccessible.

La présidente: Quel était ce groupe merveilleux de Toronto si inspirant dans le travail qu'il fait? Je n'arrive plus à me souvenir de son nom. Vous souvenez-vous de leur nom?

Mme Black: Il finance des recherches.

La présidente: Ils font des collectes pour la recherche médicale.

Mme Jones: Le groupe de Burlington avait des services de soutien extraordinaires. Mais je crois qu'ils ont un numéro 800 aux États-Unis et un service de consultation et d'orientation. Nous ne savons pas où sont ces groupes au Canada, mais je parie que chaque gouvernement provincial le sait ou devrait le savoir.

La présidente: Pourrions-nous suivre la procédure officielle? Nous nous éparpillons. Revenons à la procédure officielle.

Mme Black: Je tiens à vous remercier, Carole, de votre présence officielle devant notre comité, car je sais que vous suivez nos délibérations depuis le tout début et que vous n'avez raté, je crois, aucune de nos réunions.

Mme Jones: C'est exact.

Mme Black: Vous pourriez probablement nous aider maintenant que nous en sommes arrivés à cette étape de notre étude, la rédaction d'un rapport qui reflète du mieux que nous pourrions les témoignages souvent contradictoires que nous avons entendus, accompagnés de quelques recommandations.

[Texte]

Ms Jones: Especially because we are supporting your recommendations, whatever they may be.

Ms Black: You said 5,000 copies of this letter will be going out. How many have gone out already?

Ms Jones: I would say that approximately 3,000 copies have gone out today.

Ms Black: And you have had 700 responses. Is that what you said?

Ms Jones: I have copies of 700 letters that have gone to Lucien Bouchard from McGill University.

Ms Black: You are tapping into something, absolutely. We have had some discussions and you must be astounded at that number of responses.

Ms Jones: I am, yes.

Ms Black: We talked just a minute ago about some grant money for some of the expenses. Where have you raised the money from?

Ms Jones: Just from people giving us donations. For instance, I had a birthday party and people gave cheques instead of gifts—that kind of thing. We have raised about \$3,000, and all we need to do is buy stamps. The printer was covered, phone calls and little items such as that. There are no administrative costs or anything similar. So we are just watching our pennies and asking people to take five letters by hand rather than having us mail them out to them or having them drop by the house and get them. We are just trying to keep our costs down.

Ms Black: On the distribution, is it mainly in what we in the west call the Golden Triangle or will the letter go across Canada?

Ms Jones: It will go across Canada, because of groups such as NAC. I've got mailing labels from Barbara's office and some from Mary Clancy's office. I haven't got any from your office yet, but I know I will. I talked to Wendy on the phone. Those letters have all gone out. But it is mostly just through phone calls from Canadian Women in Amateur Sports, which did a newsletter on the subject and that was sent to 1,400 members, and that kind of thing. But I am telling you, people have just gone crazy. I can't believe what a positive response we have received.

The Chairman: That's wonderful. I wonder if the issue could be a householder item, because every Member of Parliament can do that.

Ms Jones: Yes, that's right. But it's a matter of tapping them in when they send the householders out. We tried to get in on the householder mail-out of Mac Harb, who is my MP, but his mail-out had unfortunately already gone out and his staff were not doing another one until the summer.

[Traduction]

Mme Jones: Surtout parce que nous appuyons vos recommandations quelles qu'elles soient.

Mme Black: Vous avez dit vouloir envoyer 5,000 exemplaires de cette lettre. Combien en avez-vous déjà envoyé?

Mme Jones: Je dirais qu'environ 3,000 ont déjà été envoyés.

Mme Black: Et vous avez reçu 700 réponses. C'est bien ce que vous avez dit?

Mme Jones: J'ai les copies de 700 lettres qui ont été envoyées par l'université McGill à Lucien Bouchard.

Mme Black: Il est certain que vous êtes sur la bonne voie. Nous en avons déjà discuté, et vous devez être étonnée de ce nombre de réponses.

Mme Jones: Oui.

Mme Black: Nous avons parlé il y a une minute de subvention pour couvrir certaines de ces dépenses. Où avez-vous trouvé l'argent?

Mme Jones: De simples dons. Par exemple, pour ma fête d'anniversaire, les gens m'ont donné des chèques plutôt que des cadeaux—ce genre de choses. Nous avons recueilli environ 3,000\$, et tout ce qu'il nous faut, c'est acheter des timbres. Nous avons recueilli suffisamment pour payer l'imprimeur, les appels téléphoniques et les autres petites dépenses de ce genre. Nous n'avons pas de frais administratifs ou de frais analogues. Nous faisons très attention aux dépenses et nous demandons aux gens de venir eux-mêmes chercher cinq lettres plutôt que de les leur envoyer par la poste ou de les leur faire livrer à domicile. Nous essayons de limiter au maximum nos dépenses.

Mme Black: Au niveau de la distribution, ces lettres seront-elles principalement envoyées dans le triangle d'or, comme nous disons chez nous dans l'Ouest ou aux quatre coins du Canada?

Mme Jones: Elles seront envoyées aux quatre coins du Canada grâce à des groupes comme le CAN. J'ai des étiquettes d'expédition du bureau de Barbara et quelques-unes du bureau de Mary Clancy. Je n'en ai pas encore de votre bureau mais je sais que j'en aurai. J'en ai parlé à Wendy au téléphone. Toutes ces lettres sont parties. Ce sont surtout des appels téléphoniques des Canadiennes dans le sport amateur, qui ont publié un bulletin sur la question et l'ont envoyé à 1,400 de leurs membres et ce genre de choses. Mais je vous jure que les gens sont tout simplement incroyables. Je n'arrive pas encore à croire à cette réaction si positive à notre initiative.

La présidente: C'est merveilleux. Je me demande si ce bulletin pourrait être inclus dans un envoi collectif car chaque parlementaire a droit à ces envois.

Mme Jones: Oui, c'est vrai. Mais il ne faut pas rater les délais de ces envois collectifs. Nous avons essayé de le joindre à un envoi collectif de Mac Harb, qui est mon député, mais malheureusement cet envoi était déjà parti et son personnel n'en prévoyait pas d'autres avant l'été.

[Text]

[Translation]

• 1645

The Chairman: Taking up on Dawn's suggestion about participating in forming recommendations, I'd like to invite your group to identify recommendations you would like to see in the report.

Ms Jones: That's great.

The Chairman: We would certainly consider them.

Ms Black: Speaking for myself and I think probably for the other people on the committee who are here, I think what you are doing with four other women... When I suggested that we have this study, I was hoping that the message would get out across the country and that more and more people across Canada would become aware of the ramifications of this disease. You're doing that, so I want to thank you very much for working with us.

Ms Jones: Thank you for your support. You've been there all along, and I appreciate it.

The Chairman: Christine is going to put them in our mailing lists for the committee.

The Clerk of the Committee: We have a mailing list of about 120 people who are following the proceedings of the committee. The next issue we can put this in, and if they want more—

Ms Jones: That's great, Christine. I appreciate that. I'll send them to your office tomorrow.

The Chairman: We need a motion that the researcher's report on the subcommittee's visit to Washington, D.C. from March 9, to March 11, 1992, be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings*.

Ms Black: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: We have a meeting for the main estimates on May 4, 1992, at 3.30 p.m. On May 11, 1992, we have Dr. Sterns from Queens and Dr. Bryan Callaghan, the plastic surgeon. We're trying to set up something with the minister.

Ms Sandra Harder (Committee Researcher): We have a Dr. Hardy who was identified through the CMA.

The Clerk: I don't know whether he can come. He would be the one who would explain what is currently being taught to medical students. He has just taught a course at the University of Ottawa.

The Chairman: I don't think we want that.

Ms Black: We've made representation to the plastic surgeons association. We've made representation to the CMA. If they don't want to come and be part of these hearings, then fine.

The Chairman: I think we know what is being taught. The fact of the matter is that out there in the community there's a lot of confusion with doctors. I think that would be repetitious. We've had quite a number of people tell us what in fact should be taught.

La présidente: Dawn a suggéré que vous participiez à l'élaboration de nos recommandations et dans ce contexte j'aimerais que votre groupe nous communique des recommandations qu'il aimerait voir figurer dans notre rapport.

Mme Jones: Merveilleux.

La présidente: Nous en tiendrions certainement compte.

Mme Black: Personnellement, et ce sentiment doit probablement être partagé par tous les autres membres du comité ici présents, je pense qu'avec ces quatre autres femmes vous faites... Quand j'ai suggéré que nous fassions cette étude, j'espérais que le message se répandrait dans le pays et que de plus en plus de gens au Canada prendraient conscience des ramifications de cette maladie. C'est exactement ce que vous faites aussi et je tiens à vous en exprimer toute ma reconnaissance.

Mme Jones: Je vous remercie de votre soutien. Vous nous soutenez depuis le début et je vous en sais gré.

La présidente: Christine va les joindre aux listes d'envoi du comité.

La greffière du comité: Nous avons une liste d'environ 120 personnes qui suivent les délibérations du comité. Nous pouvons l'inclure au prochain envoi et s'ils en veulent plus. . .

Mme Jones: Parfait, Christine. Je vous en remercie. Je vous les enverrai à votre bureau demain.

La présidente: Il nous faut une motion pour que le rapport de notre recherchiste sur sa visite à Washington du 9 mars au 11 mars 1992 soit annexé au compte rendu de la séance d'aujourd'hui.

Mme Black: J'en fais la proposition.

La motion est adoptée

La présidente: Nous nous réunissons pour étudier le budget des dépenses principal le 4 mai 1992 à 15h30. Le 11 mai, nous recevons le docteur Sterns de l'Université Queen et le docteur Bryan Callaghan, le plasticien. Nous essayons de trouver une date et une heure avec le ministre.

Mme Sandra Harder (recherchiste du comité): Nous avons un certain docteur Hardy dont le nom nous a été donné par l'AMC.

La greffière: Je ne sais s'il peut venir. C'est lui qui nous expliquerait ce qu'on enseigne actuellement aux étudiants en médecine. Il vient juste de donner un cours à l'Université d'Ottawa.

La présidente: Je ne pense pas que cela soit nécessaire.

Mme Black: Nous avons contacté l'Association des plasticiens. Nous avons contacté l'AMC. S'ils ne veulent pas venir participer à ces audiences, tant pis.

La présidente: Je pense que nous savons ce qui est enseigné. Au niveau des médecins, dans la communauté, la confusion est presque totale. Je crois que ce serait redondant. Nous avons entendu un certain nombre de témoins nous dire ce qui en fait devrait être enseigné.

[Texte]

Ms Black: But does that match up with what is being taught? I guess that's the question.

The Chairman: I think it varies across the country. Obviously some doctors aren't doing the recommended protocol. Do you want to see him?

Ms Black: I think we should wrap it up and get the report done.

The Chairman: Yes, I think that's enough.

Ms Black: That will finalize the depositions, then, except for the minister. I'd also like to set up some meetings to start going over the report, but I'll wait until after we know what the schedule for the rape shield is.

Mrs. Anderson: Why not schedule for sure what's going on? We're trying to set a date for the seniors one.

• 1650

The Chairman: Right now you have May 4 and May 11 at 3.30 p.m.

Mrs. Anderson: Okay. I have those down.

The Chairman: We're both on the rape shield at 5 p.m. Are you on that, too?

Mrs. Anderson: Yes.

The Chairman: So we're all on it.

The other thing we can do is to circulate the draft so that we come to our meetings prepared for the consideration.

Ms Black: I've gone through the recommendations and I have some input to make on them.

The Chairman: I'll talk to you.

Ms Black: Okay.

Mrs. Anderson: So Tuesdays are available, as far as I can gather.

The Chairman: We don't know about the legislation to come in. It takes precedence. We'll find out at 5 p.m.

Mrs. Anderson: We'll find out today.

The Chairman: This meeting is adjourned.

[Traduction]

Mme Black: Mais est-ce que cela correspond à ce qui est enseigné? C'est ça la question.

La présidente: Je crois que cela varie d'une région à l'autre du pays. Il est évident que certains docteurs ne suivent pas le protocole recommandé. Voulez-vous l'entendre?

Mme Black: Je crois que nous devrions mettre un terme aux audiences et passer au rapport.

La présidente: Oui, je crois que cela suffit.

Mme Black: Cela mettra fin aux audiences de témoins à l'exception du ministre. J'aimerais aussi que les dates de réunions soient fixées pour commencer le rapport, mais je préfère attendre de connaître avant le calendrier pour l'inadmissibilité du passé sexuel.

Mme Anderson: Pourquoi ne pas fixer maintenant un calendrier? Nous essayons déjà de fixer une date pour les personnes âgées.

La présidente: Actuellement, vous avez le 4 mai et le 11 mai.

Mme Anderson: D'accord. J'ai bien noté.

La présidente: Nous siégeons toutes deux au Comité sur l'inadmissibilité du passé sexuel à 17 heures. Y siégez-vous également?

Mme Anderson: Oui.

La présidente: Donc, nous y siégeons toutes.

Nous pouvons également faire circuler l'ébauche afin que nous puissions venir aux réunions bien préparées pour l'étude.

Mme Black: J'ai passé en revue les recommandations et j'ai certaines choses à dire à ce sujet.

La présidente: Je vous parlerai.

Mme Black: D'accord.

Mme Anderson: Donc, si je comprends bien, les mardis sont disponibles.

La présidente: Nous ne savons pas quel projet de loi sera déposé. Il aura préséance. Nous le saurons à 17 heures.

Mme Anderson: Nous le saurons aujourd'hui.

La présidente: La séance est levée.

APPENDIX "FEMM-12"

**TRAVEL TO WASHINGTON, D.C.
9 - 11 MARCH 1992**

RESEARCHER'S REPORT

**PREPARED FOR THE HOUSE OF COMMONS
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

(SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN)

**Sandra Harder
Political and Social Affairs Division**

27 March 1992



**Library of
Parliament
Bibliothèque
du Parlement**

**Research
Branch**



LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

TRAVEL TO WASHINGTON, D.C.
9-11 MARCH 1992

RESEARCHER'S REPORT

BACKGROUND

On 9-11 March 1992 the Sub-Committee on the Status of Women of the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women travelled to Washington, D.C. in connection with its study on breast cancer and the Meme implant. The following is a brief summary of the Committee's meetings and findings relevant to the study.

Tuesday, 10 March

8:30 a.m.

Committee members and staff attended a breakfast and briefing on relevant Canada-United States bilateral issues given by Mr. Michael Kergin (Minister, Political Affairs) and Mr. Ross Glasgow (Counsellor, Congressional Affairs).

10:30 a.m.

Science Policy Research Division - Congressional Research Service
Ms. Judith Johnson
Ms. Irene Stith-Coleman

The Congressional Research Service (CRS) provides research support for members of Congress, former members and district offices. There are approximately 750 analysts at the CRS working in different divisions. Large divisions such as the Science Policy Research Division are further sub-divided into more specific sub-fields. Ms. Johnson, for example, works in the BioMedical Policy Section on such issues as cancer, AIDS, genetics and biotechnology.

Key Points:

- * During the 102nd Congress, 54 Bills were forwarded which were related to breast cancer.
- * Of these 54 Bills, only four have received floor action.
- * This marks a large increase in the number of pieces of legislation in recent years which deal with breast cancer. The increase is likely due in large part to the increased activity of lobbying groups and survivor groups who have patterned their actions around AIDS groups.
- * A review of the bills which specifically mentioned breast cancer were divided by category. The following patterns were revealed:
 - 7 Resolutions (4 House and 3 Senate);
 - 8 Bills (6 House, 2 Senate) involved annual coverage of mammography in Medicare (coverage for those 65 years and older);
 - 4 Bills (House) involved coverage of annual mammography in Medicaid (coverage for low-income);
 - 9 Bills (6 House, 3 Senate) involved breast cancer research;
 - 3 Bills (2 House, 1 Senate) involved tax credits for mammography expenses - 10 Bills (5 House, 5 Senate) entailed calls for National Health Insurance Legislation;
 - 2 Bills (1 House, 1 Senate) were the Women's Health Omnibus Legislation;
 - 2 Bills (1 House, 1 Senate) called for the regulation of mammography services;
 - 2 Bills (1 House, 1 Senate) dealt with breast cancer registries;
 - 2 Bills (House) dealt with a special clinic for the Washington D.C. area;
 - 2 Bills (1 House, 1 Senate) dealt with corrections to Revenue Reconciliation Act of 1990;
 - 1 Bill (House) dealt with physicians informing their patients on all treatment options for breast cancer;
 - 1 Bill (Senate) dealt with coverage of mammography for veterans;
 - 1 Bill (House) mentioned mammography as a prevention program for breast cancer.

Please see Appendix A for a more complete description of the various Bills.

- * Ms. Johnson felt that breast cancer was receiving substantial funding. She noted that Congress had targeted an additional \$30 billion for breast cancer research in fiscal year 1992 (FY-92).
- * It is interesting to note that the National Cancer Institute in the United States (NCI-US) is readily able to provide data on site specific cancer research. Ms. Johnson's tables indicate that where the NCI-US spent \$50.3 million on breast cancer in 1985, in 1992 the estimates indicate that they will spend \$132.7 million on breast cancer. From Committee hearings it appears that the NCI in Canada is unable to provide similar information. (See Appendix B, Figures I to IV.)
- * Access to screening for low-income women and women whose medical coverage is tied to the Medicare program is very uneven across the country. In 1990, the *Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act* was signed. This act provides for screening and follow-up, public education, professional education, quality assurance, surveillance and coalition building. At the present time only eight states are funding this program. More money in FY-92 added an additional four states and it is expected that FY-93 will see the addition of approximately 10 states.
- * Both researchers emphasized that epidemiological information on cancer statistics is unreliable due to the fact that some states do not have cancer registries and data collection methods may vary widely. This makes it difficult to track changes over time and determine significant patterns.
- * It was emphasized that both NCI and the Public Health Service have always tended to place their greatest accent on treatment and not on prevention of disease including cancer.
- * Prices for mammograms vary across the country and may range in cost from \$50 to \$200 per mammogram. There is no central registry of mammogram results in place in the USA. In Canada, British Columbia has one of the most extensive programs.

12:00 Noon

Luncheon - Informal Discussion on breast cancer legislation, implant hearings, ovarian cancer legislation and the Congressional Caucus on Women's Issues

2:00 p.m.

Office of Senator Barbara Mikulski
(Democrat - Maryland)
Ms. Trudy Vincent - Legislative Director
Ms. Phyllis M. Albritton - Legislative Assistant

Members of the Committee and staff received some detailed discussion of the *Breast and Cervical Cancer Prevention Act*, discussed above. New facts included:

- * The appropriations for the Bill in 1991 - \$29 million
1992 - \$50 million
1993 - the goal is to
double the amount
- * In addition to providing services the Bill also covers education of both the public and health care professionals. Maryland is one of the new states to have recently been covered by the legislation.
- * The Centre For Disease Control (CDC) administers the Bill.
- * Ms. Dawn Black provided a description of the British Columbia Mammography Program.

3:15 p.m.

National Institutes of Health
Mr. F. Gray Handley Jr.
Dr. Philip Schambra

Office of Research on Women's Health
Dr. Vivian Pinn - Director

Committee members and staff received overview information on the structure and organization of the National Institutes of Health (NIH). The Department of Health and Human Services is one of the 14 Executive Departments of the Executive branch of the United States. Health and Human Services is further subdivided into 4 larger divisions; Health Care Financing Administration, Social Security Administration, Administration for Children and Families and the Public Health Service. The Public Health Services is directed by the Assistant Secretary for Health and the Surgeon General and is sub-divided into seven offices, one of which is the National Institutes of Health.

The National Institutes of Health (NIH) has 22 separate institutes. Two of most interest to the Committee are the National Cancer Institute and the Office for Research on Women's Health. In 1990, U.S. Public Health Service Appropriations saw \$7,577 million directed to the NIH, by far the largest portion of all public health service appropriations. In 1990, \$1,634 million was spent specifically on cancer. Expenditures of direct relevance to cancer were also evident in the \$60 million spent on the Human Genome project. Canadian scientists have also competed successfully for medical research funding through the NIH research budget.

Office of Research on Women's Health

The mandate of the Office of Research on Women's Health (ORWH) is to promote and enhance research on women's health issues, ensure that women and minorities are included in clinical trials and increase opportunities for women to conduct research. Established in 1990, the ORWH came about as a result of a recognition that women were not being included in major health research designs and that their specific health issues were being inadequately addressed.

Initial focus of the Office has been directed at the design and implementation of a research agenda, the co-directorship of the NIH Women's Health Initiative, the establishment of a tracking system to ensure that women are included in NIH-supported research and the development of a wide range of policy and program initiatives for women's health.

In 1992, Congress appropriated \$10.3 million and this money will be used to follow the broad agendas established in a lengthy and detailed planning process. This process has included congressional directives as well as input from the scientific/academic community, patients and the general public. In addition the process responded to the findings of a task force report entitled *Opportunities for Women's Research on Women's Health* and a section of the NIH Planning Document entitled "Health of Women, Minorities and the Underserved."

Dr. Pinn was a very enthusiastic speaker who appeared highly motivated to provide the leadership which will be required to sustain the

ORWH in the future. It is interesting to note that the newly appointed director of NIH, Dr. Bernadine Healy, is also extremely committed to the success of the newly created office.

Upcoming Areas of Research:

- * Menopausal women - Hormone Replacement Therapy - Osteoporosis - Menopause Side Effects - Recruitment, Retention and Promotion of Women in Science - Inclusion of Women in Clinical Trials

4:00 p.m.

National Cancer Institute

Members of the Committee and staff received details on one of the more exciting programs which will be aimed at studying breast cancer. The NCI-US has established funding for a series of Specialized Programs of Research Excellence (SPORE). The key component of the SPORE program is its emphasis on "translational research" which moves basic research findings to applied innovative research with patients and populations as quickly as possible. The SPORES will also provide career development opportunities for independent researchers, develop and maintain human breast cancer tissue resources for research, collaborate on a broad basis and share information with other research institutes. Such information will include scientific progress for detecting, treating and finding the causes of breast cancer.

The Committee learned of a number of strategies which are currently being investigated for the treatment of breast cancer from Dr. Ruth Ann Giusti, Special Assistant, Division of Cancer Treatment. These strategies include:

- (1) means to deal with resistance to chemotherapy and the genetic material which contributes to Multi-drug resistance, a situation where the cancer cell actually pumps out or prevents the beneficial effects of chemotherapy;
- (2) investigation into the efficacy of bone marrow transplant, including the protection of existing healthy bone marrow and decreasing the toxicity of chemotherapy;
- (3) the development of vaccines to synthesize and immunize patients to their own tumours;

- (4) investigation of Taxotere and Taxol - both drugs have shown a 50% positive response rate in women with metastatic breast cancer which had been previously unresponsive to other drugs and treatments;
- (5) tamoxifen as a possible agent of breast cancer prevention in women who are at a higher risk rate.

The NCI-US is also investigating a range of factors which may contribute to the incidence and indeed the increasing incidence of breast cancer in American women. These areas include:

- (1) particularly in younger women, the use of oral contraceptives over a fairly long period of time
- (2) dietary factors, including a higher intake of fat;
- (3) alcohol consumption - moderate consumption appears to be a risk factor;
- (4) changes in reproductive patterns including the delay of a first birth;
- (5) breast feeding as a possible protective factor;
- (6) occupational exposure to low frequency and low levels of electromagnetic fields and radiation;
- (7) the impact of increasing exercise levels
- (8) in older women the long-term use of hormone replacement therapy appears to increase risk even in women who have been combining estrogen with progestin/progesterone in their therapy
- (9) the long-term implication of breast implants and their carcinogenic potential
- (10) environmental carcinogens

Wednesday, 11 March

9:00 a.m.

Congressman Bernie Sanders
(Independent - Vermont)

Congressman Sanders has sponsored a Bill (*The Cancer Registries Amendment Act*) to establish state wide cancer registries in the

U.S.A. At the present time there are approximately 10 states with no registries and at least 25 states which have registries but which are not collecting and maintaining accurate data on cancer statistics. There are 76 co-sponsors on the Bill. Congressman Sanders is also interested in ensuring that cancer statistics are tied to information on the occupation of the patient. Such details would make the study of environmental and occupational links to cancer more feasible. The impetus for this legislation arose from statistics which show that Vermont, along with a number of other North Eastern states have unusually high rates of breast cancer.

The meeting with Congressman Sanders and his staff also included a discussion of the basic difference between the way in which health care is approached in Canada and the USA. In Canada health care is understood as a basic right. However, in the United States it tends to be approached as a consumer good or a product which is subject to the vagaries of the marketplace. Congressman Sanders and others indicated that approximately 85 million people in the USA are either not insured or are under-insured when it comes to health care coverage.

10:00 a.m.

Dr. Susan Wood - Science Adviser
Congressional Caucus for Women's Issues

The Congressional Caucus for Women's Issues (CCWI) has four permanent staff and approximately 170 members. Membership in the CCWI is contingent upon the payment of membership dues on a yearly basis. The CCWI was founded by women Members of Congress in 1977 as a bipartisan legislative service organization dedicated to promoting women's economic and legal rights. The CCWI serves as both a resource on women's issues and as an advocate on behalf of women's rights. In 1981, membership in the CCWI was extended to men. The CCWI promotes legislation to improve the status of women and eliminate discrimination of women from federal programs and policies. Recently the CCWI has focused on economic issues (pay equity, family leave, dependent care, pension reform and child support enforcement mechanisms) and on health issues (breast cancer, osteoporosis and teen pregnancy).

It was the CCWI, who called for a General Accounting Office (GAO) study of the extent to which women have been excluded from research funded by the NIH. In June of 1990, the GAO report indicated that the NIH had made very little progress toward including women in clinical trials. Largely in response to these findings, the NIH has recently created the Office of Research on Women's Health, discussed above. Further activities by the Caucus have included a request for a GAO investigation into the Food and Drug Administration's (FDA) drug approval process, and whether women are excluded from that process.

In February of 1991, Co-Chairs of the Caucus, Patricia Schroeder and Olympia Snowe re-introduced the *Women's Health Equity Act* (WHEA). The original Act introduced in 1990 saw the enactment of two major provisions The *Breast and Cervical Cancer Mortality Act*, and the restoration of mammography coverage in Medicare - come into force. At the present time 6 provisions are included in the Act: 1) permanent authorization of the Office of Research on Women's Health at the NIH; 2) clinical trials fairness provisions codifying NIH's policy to include women and minorities in research and extend the policy to the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 3) establishment of an Office of Research on Women's Health at the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 4) authorization of an additional \$50 million on breast cancer and ovarian cancer research 5) creation of contraceptive and infertility research centres; and 6) authorization of an additional \$40 million for research on osteoporosis and related disorders.

The CCWI publishes *Update* a monthly newsletter that reports on legislation affecting women. A weekly congressional activity report provides members and their staff with up-to-date information on hearings as well as committee and floor activity on women's issues. The CCWI also provides background papers and presents briefings on current women's issues.

A key concern for the CCWI is the debate surrounding what is known as the Title X "gag rule". The rule prevents family planning clinics from providing information on abortion to pregnant women who request it. Last year the President successfully vetoed a bill that would have

postponed implementation of the gag rule and supports of choice have argued that they will increase their efforts to overturn the rule.

11:00 a.m.

Amy Langer
National Alliance of
Breast Cancer Organizations (NABCO)

NABCO was established to provide unity among organizations and individuals working to fight breast cancer. It also serves as a resource for persons who have concerns about breast cancer and other breast diseases. NABCO also seeks to have an impact on public and private policy in the areas of insurance reimbursements, funding priorities and health legislation dealing with breast cancer at the national, state and local levels.

NABCO has recently established a Research Task Force. On February 5 and 6 1992, NABCO sponsored a series of hearings where they sought input, using an inter-disciplinary approach on the status of breast cancer research. They determined that breast cancer researchers do not generally have many opportunities where they can sit and discuss their various approaches to breast cancer research. NABCO wanted to determine what the promising areas of research are, what are the barriers to undertaking that research and how can these barriers be surmounted.

In general they learned that funding in the USA for breast cancer research has been relatively slow in coming and the levels of funding have been low, especially in relation to AIDS research funding. Researchers felt that in general the research undertaken in the United States has tended to focus more on treatment of breast cancer than on other important areas. On the positive side, they learned that researchers felt that basic scientific research could really take some big important steps in a relatively short time, if they had the research funds to support their work. A key to accomplishing this is a commitment to long-term funding (of at least a five year duration). This research would focus on genetic makeup and basic cell metabolism, tumour cell growth etc. In order for first class research to be accomplished, a pool of money needs to be

available to attract top-notch researchers. NABCO learned that this juncture is a particularly good time to attract such researchers because the visibility of breast cancer is high.

Key research areas which NABCO mentioned are consistent with those which the NCI indicated. NABCO is encouraged by the SPORE program because of its emphasis on the translation of basic research into clinical practice as quickly as possible. This emphasizes the researchers indications that basic research on cell structure, cancer genes, cell changes which are the precursors of cancer development etc. are at the stage where we will likely see some significant progress relatively quickly.

NABCO expressed concern about the administration of research funds for cancer research through the NCI. Similar to those concerns expressed by the Committee and by certain witnesses, NABCO indicated that NCI has never sought outside input on how to allocate cancer research funds. Rather decisions are made almost solely on the basis of peer reviewed applications.

12:00 Noon

Luncheon: Reprise of the First Annual Jo Oberstar
Memorial Lecture: Legislative Issues of
Breast Cancer

2:00 p.m.

Panel Discussion
National Cancer Survivorship Organization
Diane Sheehan

Public Citizen Health Research Group
Benita Marcus Adler

Women's Health Network
Cindy Pearson

The National Cancer Survivorship Organization is an umbrella organization of cancer survivor groups. The National office has recently been moved to Washington, D.C., where the group feels they will be in a better position to influence public policy and legislation. The National

group receives no federal level funding and operates on the donations of individuals, hospitals, companies etc. A number of the major issues on which they work are; retention of medical insurance after a cancer diagnosis, job-based discrimination of cancer patients (until very recently it was possible to dismiss an employee who had cancer in the United States), information networks for newly diagnosed cancer patients, support groups and services for patients and families.

Public Citizen Health Research Group provides consumers with health based information that they are unlikely to be able to obtain anywhere else. They publish a monthly *Health Letter* which covers health issues of interest to the public. They also operate one of the most extensive clearing houses on breast implants in the United States. Their information includes coverage of various types of implants, data on health and safety studies of implants, bibliographic references, names of physicians and surgeons who treat problems arising from implants and legal advice. Public Citizen has been involved in the the FDA hearings and were one of the first groups to petition the FDA for safety data on breast implants.

The National Women's Health Network

Ms. Cindy Pearson, the Program Director of the Network discussed the conditions which gave rise to the establishment of the Network. In 1975 the Network was first established to act as a watchdog on the promotion of "high dose" (those containing unusually high amounts of estrogen) birth control pills. Other issues of concern to women's health were also important at that time; DES, the Dalkon Shield and an increasing number of Caesarian births.

The Network has implemented The Breast Cancer Project in order to advocate for patient involvement in research, access to accurate information, access to the best treatment options and an increase in funding for breast cancer research. Ms. Pearson indicated that the Network has some significant concerns about the Tamoxifen trial. Tamoxifen is a drug currently used to treat breast cancer patients. Recently the FDA in the United States has approved a trial of this drug in a health population

in order to determine whether the drug prevents breast cancer in 16,000 healthy women who are considered to be a high risk for the disease. The Network argues that the trial is "premature in its assumptions, weak in its hypotheses, questionable in its ethics and misguided in its public health ramifications." In short they argue that the acceptable risks for women who are sick with breast cancer are not acceptable risks for healthy women. The Network produces a newsletter "The Network News" six times a year. This source provides information on new health findings and discusses the activities of the Network.

3:00 p.m.

Ms. Diana Zuckerman
House Sub-Committee on Human Resources and
Intergovernmental Relations

Ms. Zuckerman was the staff person on the Oversight Committee which looked into the controversy on silicone breast implants. The Committee had the power to collect all safety information on implants which had been submitted to the FDA by various manufacturers of implants. A review of the documents determined that there was a long history of safety problems with the products. The same review also determined that many of the studies which had been conducted by various manufacturers were totally inadequate. When companies were asked by the FDA to resubmit studies and safety data the FDA decided that the studies were again inadequate. For example, few if any of the studies included cancer patients in their samples and the system for tracking patients with implants in the studies was inadequate so that patients were often "lost" before any longitudinal data could be collected.

At that point the FDA had to decide how to proceed. They could have refused to file the study results which would have meant that the implants would have been removed from the market sooner. However, they decided, in most cases, to file the studies for further examination thereby allowing implants to remain on the market.

In the midst of these examinations an Advisory Panel was convened to report on the issues of implants. In late February 1992 they made initial recommendations that:

- (1) Implants for augmentation only be used under research situations where patients had informed consent and that only a very limited number of implants would be used in studies. Theoretically, the number would be restricted to the number required to do a methodologically sound study at accredited university hospitals.
- (2) Less strict requirements for breast cancer patients however the need for silicone implants would have to be medically determined and their use would be restricted to locations which monitored and followed these patients over a period of time.

A final decision is expected by 20 April 1992.

4:00 p.m.

Dr. Agnes Donahue, Director of Women's Health Office
Department of Health and Human Services

The Public Health Service has recently put in place an Action Plan for Women's Health. The National Office on Women's Health, Office of Assistant Secretary for Health will monitor progress on the Action Plan. The Plan adopts a broad range of goals including attention to alcohol and drug abuse, AIDS, homelessness, sexually transmitted diseases, problems of marginalized women etc. In total there are 39 goals, including initiatives that target breast and cervical cancer screening.

The Committee might note that despite the scope and ambitiousness of the plan, vast numbers of Americans do not have access to basic health care in the United States. In addition, the patchwork of possible programs and different (although still minimal) avenues for public health care coverage are likely confusing to women, particularly those who are marginalized in some way.

4:30 p.m.

Centres For Disease Control
Atlanta

Through television hook-up the Committee had an opportunity to meet with various employees of the CDC in Atlanta. The CDC is working to reduce deaths from breast and cervical cancer and to lower the incidence of smoking among women. CDC is coordinating the development of a nation strategic plan for early detection and control of breast and cervical cancers.

In 1990 the *The Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act* (discussed above) lays the ground work for ensuring that services for early detection and control of breast and cervical cancer are available to all women. The CDC bears the responsibility for the oversight of this legislation's program. By 1993 it is anticipated that 22 states will have this program in place. Since 1985 the CDC has supported various state-based epidemiological demonstration projects to identify barriers to breast and cervical screening and develop mechanisms to insure the quality of screening tests. Interventions were directed to low-income women including minorities and Native Americans. The states participating in these programs include (Alaska, California, Colorado, Georgia, Illinois, Kentucky, Maine, Arizona, Oklahoma, Rhode Island and Washington State).

APPENDICE «FEMM-12»

**VISITE À WASHINGTON, D.C.
DU 9 AU 11 MARS 1992**

RAPPORT DE RECHERCHE

**PRODUIT POUR LE COMITÉ PERMANENT DE LA
CHAMBRE DES COMMUNES CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE**

(SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE)

**Sandra Harder
Division des affaires politiques et sociales**

Le 27 mars 1992



**Bibliothèque
du Parlement**

**Library of
Parliament**

**Service de
recherche**



CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

VISITE À WASHINGTON, D.C.

DU 9 AU 11 MARS 1992

RAPPORT DE RECHERCHE

CONTEXTE

Du 9 au 11 mars 1992, le Sous-comité de la condition féminine du Comité permanent de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine s'est rendu à Washington, D.C., dans le cadre de son étude sur le cancer du sein et de l'implant Meme. Voici un bref résumé des rencontres et des constatations du comité.

Le mardi 10 mars

8h30

Les membres et le personnel du comité ont assisté à un déjeuner-exposé donné par M. Michael Kergin (ministre, Political Affairs) et M. Ross Glasgow (conseiller, Congressional Affairs) sur les questions pertinentes touchant à la fois le Canada et les États-Unis.

10h30

Science Policy Research Division - Congressional Research Service
Mme Judith Johnson
Mme Irene Stith-Coleman

Le Congressional Research Service (CRS) assure un soutien à la recherche aux membres du Congrès, aux anciens membres et aux bureaux de district. L'organisme compte environ 750 analystes dans différentes divisions, dont les plus grandes, comme la Science Policy Research

Division, comptent des sous-groupes chargés de questions plus précises. Mme Johnson, par exemple, travaille à la Bio-Medical Policy Section, qui traite du cancer, du sida, de la génétique et de la biotechnologie.

Points principaux :

- * Durant le 102e Congrès, 54 projets de loi sur le cancer du sein ont été présentés.
- * De ces 54 projets de loi, seulement 4 ont fait l'objet de mesures en Chambre.
- * Voilà une importante augmentation du nombre de textes législatifs présentés ces dernières années qui traitaient du cancer du sein. Selon toute vraisemblance, cette situation est attribuable en grande partie aux pressions accrues des groupes de pression et des groupes de survivants qui ont modelé leurs interventions sur celles des groupes militant pour les droits des sidéens.
- * Un examen des projets de loi qui mentionnaient expressément le cancer du sein a permis de les diviser en catégories et de dégager les tendances suivantes :
 - 7 résolutions (4 des représentants et 3 des sénateurs)
 - 8 projets de loi (6 des représentants et 2 des sénateurs) suggéraient que l'assurance-maladie paie une mammographie par année (garantie offerte aux femmes de 65 ans et plus)
 - 4 projets de loi (représentants) exigeaient que l'assurance-maladie paie une mammographie annuelle (garantie offerte aux femmes à faible revenu)
 - 9 projets de loi (6 des représentants et 3 des sénateurs) portaient sur la recherche en matière de cancer du sein
 - 3 projets de loi (2 des représentants et 1 du sénat) prévoyaient l'octroi de crédits d'impôt pour les frais de mammographie
 - 10 projets de loi (5 des représentants et 5 des sénateurs) exigeaient l'adoption de dispositions législatives visant un réseau national d'assurance-santé
 - 2 projets de loi (1 des représentants et 1 des sénateurs) constituaient la loi omnibus sur la santé de la femme
 - 2 projets de loi (1 des représentants et 1 des sénateurs) exigeaient la réglementation des services de mammographie

- 2 projets de loi (1 des représentants et 1 des sénateurs) étaient liés aux registres sur le cancer du sein
- 2 projets de loi (représentants) avaient trait à une clinique spéciale destinée à la région de Washington, D.C.
- 2 projets de loi (1 des représentants et 1 des sénateurs) apportaient des corrections à la *Revenue Reconciliation Act* de 1990
- 1 projet de loi (représentants) exigeait que les médecins informent leurs patientes de toutes les options de traitement du cancer du sein
- 1 projet de loi (sénateurs) prévoyait le paiement des mammographies pour les anciennes combattantes
- 1 projet de loi (représentants) mentionnait la mammographie à titre de programme de prévention du cancer du sein.

Les divers projets de loi sont décrits en détail à l'annexe A.

- * Selon Mme Johnson, le cancer du sein reçoit un financement important. Elle a fait remarquer que le Congrès avait affecté, pour l'exercice 1992, une somme supplémentaire de 30 milliards de dollars réservée à la recherche sur le cancer du sein.
- * Il est intéressant de voir que le National Cancer Institute (NCI) des États-Unis peut offrir rapidement des données, ventilées par emplacement, relatives à la recherche sur le cancer. Les tableaux de Mme Johnson indiquent que le NCI a consacré 50,3 millions de dollars au cancer du sein en 1985. D'après les estimations pour 1992, les dépenses devraient se chiffrer à 132,7 millions de dollars. Il ressort des audiences du comité que le NCI au Canada est incapable de donner des informations semblables. (Voir annexe B, figure I à IV).
- * L'accès aux tests de dépistage pour les femmes à faible revenu et celles dont les soins de santé couverts sont liés au programme d'assurance-maladie est très inégal d'un état à l'autre. En 1990, la *Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act* a été signée. Cette loi prévoit le dépistage et le suivi, l'éducation du public et des professionnels, l'assurance de la qualité, la surveillance et l'établissement de coalitions. Pour le moment, seuls huit États financent ce programme. D'autres sommes octroyées pour 1992 ont permis l'ajout de quatre autres États, et on prévoit qu'à l'exercice 1993 environ dix autres États se joindront au programme.
- * Les deux chercheurs ont souligné le peu de fiabilité des informations épidémiologiques sur les statistiques relatives au cancer imputables à l'absence de registres sur le cancer dans certains États et à la grande diversité de méthodes servant à la collecte de données. Il

est donc difficile de suivre l'évolution et de définir les tendances marquées.

- * On a fait valoir que le NCI et le Public Health Service ont toujours eu tendance à accorder davantage d'importance au traitement qu'à la prévention des maladies, et le cancer n'y échappe pas.
- * Le prix d'un mammogramme varie entre 50 \$ et 200 \$. Il n'existe aucun registre central des résultats de mammographie aux États-Unis. Au Canada, la Colombie-Britannique possède un des programmes les plus vastes.

Midi

Dîner - discussions informelles relatives aux lois sur le cancer du sein et le cancer des ovaires, aux audiences sur les implants et au Congressional Caucus on Women's Issues.

14 h 00

Bureau de la sénateure Barbara Mikulski
(Démocrate - Maryland)
Mme Trudy Vincent - Legislative Director
Mme Phyllis M. Albritton - Legislative Assistant

Les membres et le personnel du comité ont reçu certaines informations détaillées sur la *Breast and Cervical Cancer Prevention Act*, dont il a été question ci-dessus. Certains nouveaux faits ont été présentés.

- * Crédits affectés au projet de loi en 1991 - 29 millions de dollars
1992 - 50 millions de dollars
1993 - On vise à doubler ce montant
- * Outre la prestation de services, le projet de loi porte sur l'éducation du public et des professionnels des soins de santé. Le Maryland est un des nouveaux États qui vient d'être visé par ce texte législatif.
- * Le Centre for Disease Control (CDC) applique ce projet de loi.
- * Mme Dawn Black a décrit le programme de la Colombie-Britannique sur la mammographie.

15 h 15

National Institutes of Health
M. F. Gray Handley jr.
Docteur Philip Schambra

Office of Research on Women's Health
Docteur Vivian Pinn - Directrice

Les membres et le personnel du comité ont reçu des informations générales sur la structure et l'organisation des National Institutes of Health (NIH). Le Department of Health and Human Services est un des quatorze ministères qui font partie de l'organe exécutif des États-Unis. Il est subdivisé en quatre sections : Health Care Financing Administration; Social Security Administration; Administration for Children and Families et Public Health Service. Ce dernier est dirigé par l'Assistant Secretary for Health and the Surgeon General et se subdivise en sept bureaux, dont les National Institutes of Health.

Les NIH sont constitués de 22 instituts distincts. Les deux plus intéressants pour le comité sont le National Cancer Institute et l'Office for Research on Women's Health. En 1990, les crédits accordés au titre des services de santé publique aux États-Unis s'établissaient comme suit : 7 577 millions de dollars aux NIH, soit de loin la plus grande part de tous les crédits affectés à la santé publique. En 1990, 1 634 millions de dollars ont été consacrés expressément au cancer. Les 60 millions dépensés dans le cadre du projet Human Genome comprennent aussi des sommes qui touchent directement le cancer. Des scientifiques canadiens ont tenté avec succès d'obtenir un financement sur le budget de recherche des NIH.

Office of Research on Women's Health

Le mandat de ce bureau consiste à promouvoir et à pousser les recherches sur les questions touchant la santé des femmes, à s'assurer que celles-ci et les minorités soient incluses dans les essais cliniques et à accroître les possibilités de recherche pour les femmes scientifiques. Ce bureau a été établi en 1990 lorsqu'on s'est rendu compte que les femmes étaient exclues de la conception des grandes recherches en matière de santé et que les questions les touchant spécifiquement ne faisaient pas l'objet de recherches adéquates.

Le bureau s'est attaché initialement à concevoir et à mettre en oeuvre un programme de recherches, à diriger conjointement l'initiative des NIH sur la santé des femmes, à établir un système de suivi visant à faire en sorte que les femmes sont incluses dans les recherches financées par les NIH et à élaborer une vaste gamme d'initiatives relevant des politiques et des programmes sur la santé des femmes.

En 1992, le Congrès a affecté 10,3 millions de dollars, et cette somme sera utilisée pour appliquer les programmes d'envergure établis dans le cadre d'un long processus de planification détaillée. Ce processus comportait des directives de la part du Congrès, ainsi que des commentaires des membres des milieux scientifique et universitaire, des patients et du public en général. En outre, il faisait suite aux constatations du rapport du groupe de travail intitulé *Opportunities for Women's Research on Women's Health* et s'inspirait d'une section d'un document de planification des NIH, intitulé *Health of Women, Minorities and the Underserved*.

Le docteur Pinn était une conférencière très enthousiaste qui semblait bien décidée à assurer la direction nécessaire pour soutenir le bureau dans l'avenir. Il est intéressant de souligner que la nouvelle directrice des NIH, le docteur Bernadine Healy, était aussi extrêmement motivée pour faire du nouveau bureau un succès.

Domaines futurs de recherche :

- * Femmes ménopausées, hormonothérapie substitutive, ostéoporose, effets secondaires de la ménopause, recrutement, maintien et avancement des femmes en science, intégration des femmes dans les essais cliniques.

16 h 00

National Cancer Institute

Les membres et le personnel du comité ont reçu des informations détaillées sur un des plus intéressants programmes consacrés à l'étude du cancer du sein. Le NCI a établi un financement pour une série de Specialized Programs of Research Excellent (SPORE). La principale composante du programme SPORE réside dans l'attention qu'on accorde à la recherche "appliquée" qui assure le transfert aussi rapide que possible des résultats fondamentaux de la recherche à l'application de recherches

novatrices aux patients et à la population. Les SPORE offrent aussi des possibilités de carrière aux chercheurs indépendants; ils mettent en place et maintiennent des banques de tissu humain cancéreux (cancer du sein) pour la recherche, collaborent de façon élargie et échangent des informations avec d'autres instituts de recherche. Ces renseignements comprennent les progrès scientifiques en matière de détection, de traitement et de définition des causes du cancer du sein.

La docteur Ruth Ann Giusti, Special Assistant, Division of Cancer Treatment, a fait part au comité d'un certain nombre de stratégies qui sont actuellement à l'étude :

- (1) Les moyens de contrer la résistance à la chimiothérapie et le bagage génétique qui contribue à la résistance à de multiples drogues, situation où la cellule cancéreuse élimine les effets bénéfiques de la chimiothérapie.
- (2) Étude sur l'efficacité des greffes de moelle épinière, ce qui suppose la protection de la moelle saine en place et la réduction de la toxicité de la chimiothérapie.
- (3) Mise au point de vaccins synthétisés à partir des cellules cancéreuses pour immuniser les patients contre leurs propres tumeurs.
- (4) Étude sur Taxotere et Taxol; les deux médicaments ont suscité un taux de réaction positive de 50 p. 100 chez les femmes aux prises avec un cancer du sein métastatique qui n'avait pas réagi auparavant aux autres médicaments et traitements.
- (5) Le tamoxifène peut servir d'agent possible de prévention du cancer du sein chez les femmes exposées à un risque élevé.

Le NCI des États-Unis examine aussi actuellement les facteurs qui peuvent contribuer à la prévalence du cancer et, de fait, à la prévalence croissante de cancers du sein chez les Américaines. Il s'agit des éléments suivants :

- (1) Particulièrement chez les jeunes femmes, l'utilisation de contraceptifs oraux pendant une période assez longue.

- (2) Le régime alimentaire, y compris une grande consommation de lipides.
- (3) La consommation d'alcool, qui semble constituer un facteur de risque même si elle est modérée.
- (4) La modification des modes reproducteurs, dont le fait de retarder une première naissance.
- (5) L'allaitement maternel peut constituer un facteur de protection.
- (6) L'exposition peu fréquente, au travail, à de faibles champs électromagnétiques et radiations.
- (7) L'incidence d'une activité physique accrue.
- (8) Chez les femmes plus âgées, l'utilisation à long terme d'une hormonothérapie substitutive semble accroître le risque même chez les femmes dont la thérapie était fondée sur l'oestrogène et la progestine/progestérone.
- (9) L'incidence à long terme des implants mammaires et leur risque cancérogène.
- (10) Substances cancérogènes dans l'environnement.

Le mercredi 11 mars

9 h

Bernie Sanders, membre du Congrès
(Indépendant - Vermont)

Le représentant Sanders a parrainé une loi (la *Cancer Registries Amendment Act*) en vue d'établir des registres sur le cancer à l'échelle des États. À l'heure actuelle, environ 10 États ne possèdent aucun registre et dans au moins 25 autres, on ne collige, recueille et on ne conserve pas de données exactes sur le cancer. La loi a été parrainée par 76 autres personnes. Le représentant Sanders désire également faire en sorte que les statistiques sur le cancer soient rattachées à des informations sur l'occupation de la patiente. En effet, ces détails permettraient d'étudier plus facilement les liens entre l'environnement, l'occupation de la personne et le cancer. Le coup d'envoi de cette loi a

été donné par des statistiques montrant que le Vermont, de même que d'autres États du Nord-Est, présentent des taux anormalement élevés de cancer du sein.

Au cours de la rencontre avec le représentant Sanders et son personnel, nous avons discuté des différences essentielles que présentent les deux pays dans la façon dont les soins de santé sont abordés. Au Canada, ceux-ci constituent un droit fondamental, tandis qu'aux États-Unis ils sont considérés comme un bien de consommation ou un produit qui est assujéti aux caprices du marché. Selon le représentant Sanders et d'autres intervenants, environ 85 millions de personnes aux États-Unis n'ont pas d'assurance ou bénéficient d'une garantie insuffisante en matière de soins de santé.

10 h

Docteur Susan Wood - Science Adviser
Congressional Caucus for Women's Issues

Le Congressional Caucus for Women's Issues (CCWI) compte quatre employés permanents et environ 170 membres, qui doivent verser une cotisation annuelle. L'organisme a été fondé par des femmes membres du Congrès en 1977 pour agir à titre d'organisation bipartisane sur les textes législatifs voués à la promotion des droits économiques et juridiques des femmes. Le CCWI sert à la fois de ressource sur les questions féminines et de groupe de pression au nom des femmes. En 1981, les hommes ont pu faire partie du CCWI. Celui-ci fait la promotion des textes législatifs qui améliorent la situation des femmes et éliminent la discrimination à l'encontre des femmes dans les politiques et programmes fédéraux. Récemment, il s'est attaché aux questions économiques (équité salariale, congé parental, soins des personnes à charge, réformes de pensions et mécanismes d'application des ordonnances visant le versement de pensions alimentaires) et aux questions de santé (cancer du sein, ostéoporose et grossesse des adolescentes).

C'est le CCWI qui a exigé que le General Accounting Office (GAO) étudie la mesure dans laquelle les femmes ont été exclues des recherches financées par les NIH. En juin 1990, le rapport du GAO a laissé entendre que les NIH avaient fait très peu de progrès et que les femmes

étaient rarement comprises dans les essais cliniques. C'est principalement en réponse à ces constatations que les NIH ont créé récemment l'Office of Research on Women's Health, dont il a été question ci-dessus. Le CCWI a également demandé que le GAO procède à une étude du processus d'approbation des médicaments en place à la Food and Drug Administration et qu'il détermine si les femmes étaient exclues de ce processus.

En février 1991, les coprésidentes du CCWI, Patricia Schroeder et Olympia Snowe, ont présenté une nouvelle fois la *Women's Health Equity Act*. La loi présentée en 1990 avait entraîné la mise en vigueur des deux grandes dispositions sous le nom de *Breast and Cervical Cancer Mortality Act* ainsi que le rétablissement de la mammographie comme intervention visée par l'assurance-maladie. À l'heure actuelle, six dispositions sont comprises dans la loi : 1) l'autorisation permanente de l'Office of Research on Women's Health, aux NIH; 2) des dispositions sur l'équité des essais cliniques, qui codifient la politique des NIH visant à inclure les femmes et les minorités dans les recherches et à étendre cette politique à l'Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 3) l'établissement d'un Office of Research on Women's Health à l'Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; 4) l'autorisation d'une somme supplémentaire de 50 millions de dollars consacrée à la recherche sur le cancer du sein et le cancer des ovaires; 5) la création de centres de recherche sur la contraception et l'infécondité; et 6) l'autorisation d'une somme supplémentaire de 40 millions de dollars consacrée à la recherche sur l'ostéoporose et les affections connexes.

Le CCWI publie un bulletin mensuel, *Update*, qui fait rapport sur les textes législatifs touchant les femmes. Un rapport hebdomadaire sur les activités du Congrès offre aux membres et à leur personnel des informations à jour sur les audiences ainsi que sur les activités des comités et des représentants sur les questions féminines. L'organisme met aussi à la disposition des intéressés des documents d'information et présente des exposés sur les questions d'actualité relatives aux femmes.

Une préoccupation au coeur des activités du CCWI est le débat qui entoure ce qui est connu sous le nom de la "règle du bâillon" du Title X. Cette règle empêche les cliniques de planification des naissances

de donner des informations sur l'avortement aux femmes enceintes qui en font la demande. L'an dernier, le Président a exercé son veto dans le cadre d'une loi qui aurait retardé la mise en vigueur de la règle du bâillon, et les partisans du libre choix en matière d'avortement ont décidé qu'ils déploieraient des efforts accrus pour que cette règle soit éliminée.

11 h

Amy Langer
National Alliance of
Breast Cancer Organizations (NABCO)

La NABCO a été établie pour unir les organismes et les individus qui luttent contre le cancer du sein. Elle également de centre de ressources pour les gens qui ont des préoccupations face au cancer du sein et à d'autres maladies du sein. Elle cherche à avoir une incidence sur les politiques publiques et privées en matière d'indemnisation d'assurance, ainsi que sur les questions prioritaires de financement et les textes législatifs sur la santé en relation avec le cancer du sein, que ce soit à l'échelle du pays, des États ou des collectivités.

La NABCO vient d'établir un groupe de travail sur la recherche. Les 5 et 6 février 1992, elle a parrainé une série d'audiences multidisciplinaires en vue de connaître l'état d'avancement des recherches sur le cancer du sein. Ces audiences ont fait ressortir que les chercheurs en la matière ne disposent pas généralement de nombreuses occasions de discuter des diverses façons d'aborder la recherche sur le cancer du sein. La NABCO voulait déterminer les domaines de recherche où les perspectives semblaient prometteuses, tout en définissant les barrières qui s'élèvent contre ces recherches et la façon dont elles peuvent être abattues.

Il ressort qu'en général le financement de la recherche sur le cancer du sein aux États-Unis s'est révélé assez difficile à obtenir et que les sommes octroyées sont faibles, particulièrement à l'égard du SIDA. Les chercheurs estimaient que les recherches entreprises aux États-Unis tendaient à s'attacher davantage au traitement du cancer du sein qu'à d'autres domaines importants. Du côté positif, ils étaient d'avis que les recherches scientifiques fondamentales pouvaient accomplir de grandes choses en assez peu de temps si les fonds nécessaires étaient accordés. À

cette fin, il faut s'engager à assurer un financement à long terme (d'au moins cinq ans). Ces recherches pourraient porter sur le bagage génétique et le métabolisme cellulaire fondamental, la croissance des cellules cancéreuses, etc. Afin que des recherches de première qualité soient entreprises, il y a lieu de réserver certaines sommes pour attirer des chercheurs réputés. La NABCO a appris que le moment était particulièrement bien choisi en raison de la grande visibilité du cancer du sein.

Les domaines de recherche fondamentale mentionnés par la NABCO se rapprochent de ceux qu'avait indiqués le NCI. L'alliance estime que le programme SPORE est encourageant parce qu'il s'attache au transfert de la recherche fondamentale à la pratique clinique aussi rapidement que possible. Cette évolution cadre bien avec l'opinion des chercheurs, selon lesquels la recherche fondamentale sur la structure cellulaire, les gènes cancéreux et les modifications cellulaires qui sont les précurseurs de l'apparition de la maladie se trouvent à une étape où nous sommes susceptibles d'avancer à grands pas.

La NABCO a exprimé certaines inquiétudes quant à l'administration des fonds de recherche réservés au cancer, qui s'effectue par l'entremise du NCI. Certains témoins et membres du comité ont aussi fait part des mêmes préoccupations et, dans le même ordre d'idées, l'alliance a indiqué que le NCI n'avait jamais cherché à obtenir des commentaires externes sur la façon d'attribuer les fonds réservés pour la recherche. Les décisions et choix en ce domaine se font plutôt par la voie d'un comité formé de chercheurs pairs qui examine les demandes.

12 h 00

Dîner : Suite du First Annual Jo Oberstar
Memorial Lecture : Questions légales soulevées
par le cancer du sein

14 h 00

Groupe de discussion
National Cancer Survivorship Organization
Diane Sheehan

Public Citizen Health Research Group
Benita Marcus Adler

Women's Health Network
Cindy Pearson

La National Cancer Survivorship Organization (NCSO) est une organisation-cadre qui chapeaute tout groupe de personnes ayant survécu à un cancer. Le siège social de cette organisation a récemment déménagé à Washington (D.C.), où l'on croit qu'il sera dans une meilleure situation pour influencer sur les politiques gouvernementales et les lois. Le NCSO ne reçoit aucune subvention fédérale; il finance ses activités grâce aux dons des particuliers, des hôpitaux, des sociétés, etc. Parmi les questions principales sur lesquelles il se penche, mentionnons : le maintien de l'assurance-maladie après un diagnostic de cancer, la discrimination au travail visant les personnes atteintes de cancer (aux États-Unis, jusqu'à tout récemment, il était possible de congédier un employé atteint du cancer), les réseaux d'information pour les personnes souffrant d'un cancer récemment diagnostiqué, les groupes de soutien et les services offerts aux malades et aux familles.

Le Public Citizen Health Research Group (PCHRG) offre aux citoyens des informations dans le domaine de la santé qu'ils ne sont pas susceptibles d'obtenir ailleurs. Il publie un bulletin mensuel *Health Letter* qui aborde des questions de santé intéressant le public. Le PCHRG est également responsable d'un des plus importants centres américains d'information sur les implants mammaires. Il fournit des renseignements sur des sujets comme : les divers types d'implants, les données touchant les implants tirées des études sur la santé et la sécurité, les références bibliographiques, les noms de médecins et de chirurgiens qui s'occupent des problèmes liés aux implants et les services juridiques. Le PCHRG a participé aux audiences de la Food and Drug Administration (FDA) et a été un des premiers groupes à demander à cet organisme des renseignements sur la sécurité des implants mammaires.

Le National Women's Health Network

Mme Cindy Pearson, directrice du programme du National Women's Health Network (NWHN), a discuté des situations qui ont amené l'établissement de l'organisme. À l'origine, en 1975, il a été mis sur pied pour contrôler la promotion des pilules anticonceptionnelles à "fortes

doses" (c'est-à-dire, celles qui contenaient des quantités anormalement élevées d'oestrogène). À l'époque, certaines questions concernant la santé des femmes étaient également étudiées : le DES, le Dalkon Shield et le nombre croissant de naissances par césarienne.

Le NWHN a mis sur pied le Breast Cancer Project pour promouvoir la participation des femmes concernant les questions suivantes : la recherche, l'accès à de l'information exacte, la disponibilité des meilleurs traitements et l'accroissement du financement des recherches sur le cancer du sein. Mme Pearson a également indiqué que le NWHN se préoccupait beaucoup des essais cliniques du tamoxifène, médicament utilisé couramment pour traiter les femmes atteintes de cancer du sein. Récemment, la FDA a approuvé les essais cliniques de ce médicament sur 16 000 femmes en bonne santé, mais qui sont considérées à risque élevé, pour déterminer si ce médicament pouvait prévenir ce type de cancer. Le NWHN soutient que ces essais sont "prématurés sur le plan du fondement, faibles sur le plan des hypothèses, douteux sur le plan de la morale et trompeurs en ce qui concerne ses effets sur la santé du public." En somme, il maintient que si les risques sont acceptables pour les femmes atteintes du cancer, ils ne le sont pas pour les femmes en bonne santé. Le NWHN publie également un bulletin tous les deux mois (The Network News), qui est une source d'information sur les découvertes en matière de santé et qui discute également des activités de l'organisme.

15 h 00

Mme Diana Zuckerman
House Sub-Committee on Human Resources and
Intergovernmental Relations

Mme Zuckerman était la personne responsable des consultations du comité Oversight (Oversight Committee), qui s'est penché sur l'affaire controversée des implants mammaires au silicone. Le comité avait le pouvoir de faire la collecte de toutes les informations sur la sécurité des implants qui ont été présentés à la FDA par divers fabricants. Un examen de ces documents a mis en lumière la longue série de problèmes de sécurité liés à ce produit. Il a également permis d'établir qu'un grand nombre d'études menées par divers fabricants étaient complètement

inadéquates. Lorsque la FDA a demandé aux fabricants de lui soumettre de nouveau leurs études et leurs données en matière de sécurité, l'organisme a jugé que celles-ci étaient encore irrecevables. Par exemple, très peu, voire aucun, des segments de population étudiés comptaient des femmes atteintes du cancer, et le suivi des femmes portant des implants était inefficace, de sorte que bon nombre d'entre elles n'ont pu être incluses dans les études longitudinales.

À cette étape, la FDA a dû choisir une marche à suivre. Elle aurait pu refuser d'inclure les résultats des études au dossier, ce qui aurait accéléré le retrait des implants du marché. Cependant, dans la plupart des cas, elle a décidé de consigner les études et de poursuivre son examen. Ce faisant, elle a permis aux implants de demeurer sur le marché.

Entre temps, un groupe consultatif a été formé afin de produire un rapport sur la question des implants. À la fin de février 1992, le groupe a fait les premières recommandations suivantes :

- (1) Ne permettre l'utilisation d'implants destinés à l'augmentation du volume mammaire que dans le cadre de recherches auxquelles les femmes auront consenti en toute connaissance de cause, et limiter le nombre d'implants à cette fin. En théorie, le nombre d'implants serait limité à la quantité requise pour mener une recherche méthodique et sans danger pour la santé dans les hôpitaux universitaires autorisés.
- (2) Assouplir les exigences en ce qui concerne les femmes atteintes du cancer du sein. Cependant, il faudra prouver médicalement la nécessité des implants en silicone et ne permettre leur utilisation que dans les établissements qui ont contrôlé et suivi ce type de malade sur une certaine période.

Une décision finale devrait être rendue le 20 avril 1992.

16 h 00

Docteur Agnes Donahue, directrice du Women's Health Office
Department of Health and Human Services

Le Public Health Service a récemment mis sur pied l'Action Plan for Women's Health (APWH). Le National Office on Women's Health et l'Office of Assistant Secretary for Health feront le contrôle des progrès de l'APWH. Ce dernier aborde une grande diversité de sujets, notamment : la surconsommation d'alcool et de drogues, le SIDA, les sans-abris, les maladies transmissibles sexuellement, les femmes marginalisées, etc. Au total, il a établi 39 objectifs, y compris des projets visant le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Malgré la portée et les objectifs ambitieux du plan de l'APWH, de nombreux Américains n'ont pas accès à des soins de santé de base aux États-Unis. De plus, la disparité des programmes offerts et le nombre (bien qu'encore minime) des options en ce qui concerne l'assurance-maladie sont susceptibles de dérouter les femmes, particulièrement celles qui sont marginalisées d'une certaine façon.

16 h 30

Centres For Disease Control
Atlanta

Grâce à un réseau vidéo, le comité a eu l'occasion de discuter avec divers employés des Centres For Disease Control (CDC) d'Atlanta. Les CDC luttent pour réduire le nombre de décès dus aux cancers du sein et du col de l'utérus et pour abaisser l'incidence du cancer du poumon chez la femme. Ils coordonnent l'élaboration d'un plan stratégique national visant le dépistage précoce et le contrôle des cancers du sein et du col de l'utérus.

En 1990, une loi américaine (*Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act*, que nous avons abordée plus haut) a pavé la voie à une garantie que des services de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus seront offerts à toutes les femmes. Les CDC ont la responsabilité de surveiller ce programme prévu par la loi. D'ici 1993, nous croyons que 22 États l'auront implanté. Depuis 1985, les CDC ont apporté leur soutien à divers projets pilotes en matière d'épidémiologie visant à mettre en évidence les obstacles au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus et à établir des mécanismes qui garantiront la qualité des tests de dépistage. Ces interventions étaient destinées aux femmes à faible revenu, y compris celles faisant partie de minorités et les groupes d'amérindiennes. Parmi les États qui ont participé à ces programmes, notons : l'Alaska, la Californie, le Colorado, la Georgie, l'Illinois, le Kentucky, le Maine, l'Arizona, l'Oklahoma, le Rhode Island et Washington.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

**K1A 0S9
Ottawa**

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening:

Sandra Gessler, Programme and Policy Analyst, Women's Health Directorate;

Dr. Charlyn Black, Assistant Professor, Department of Community Health Services, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

From Breast Cancer Action:

Carole Jones, Founder.

From Health and Welfare:

Freda Paltiel, Senior Advisor, Status of Women.

TÉMOINS

Du Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening:

Sandra Gessler, analyste du programme et de la politique, Direction de la santé des femmes;

D^r Charlyn Black, professeure adjointe, Département des services communautaires de la santé, Faculté de médecine, Université du Manitoba.

De Breast Cancer Action:

Carole Jones, fondatrice.

De Santé et Bien-être:

Freda Paltiel, conseillère principale, Condition féminine.

CA1
XC 28
1/0
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Monday, May 4, 1992

Chairman: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le lundi 4 mai 1992

Présidente: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), a study of breast
cancer

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, une
étude sur le cancer du sein

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidente: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-Comité

Christine Fisher

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, MAY 4, 1992
(22)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 3:30 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Vice-Chair, Edna Anderson, presiding.

Members of the Sub-Committee present: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy and Barbara Greene.

Other Member present: Geoff Scott.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

Witnesses: From the National Capital Society of Plastic Surgeons: Dr. Abdel Raouf Ismail, President. *From Queen's University Medical School:* Dr. E.E. Sterns, Professor of Surgery.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee resumed consideration of its study on breast cancer (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, October 22, 1991, Issue No. 1*).

The witnesses made statements and answered questions.

At 4:00 o'clock p.m., Barbara Greene took the Chair.

It was agreed,—That Dr. Sterns's letter published in the *Globe and Mail* on March 21, 1992 be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence (*See Appendix "FEMM-13"*).

At 5:30 o'clock p.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 4 MAI 1992
(22)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 15 h 30, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Edna Anderson (*vice-présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy et Barbara Greene.

Autre député présent: Geoff Scott.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Témoins: De la Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale: D^r Abdel Raouf Ismail, président. *De l'École de médecine de l'Université Queen's:* D^r E.E. Sterns, professeur de chirurgie.

Conformément à son mandat qui découle du paragraphe 108(2) du Règlement, le Sous-comité poursuit son étude sur le cancer du sein (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 22 octobre 1991, fascicule n° 1*).

Les témoins font des exposés et répondent aux questions.

À 16 heures, Barbara Greene assume la présidence.

Il est convenu,—Que la lettre du D^r Sterns publiée dans le *Globe and Mail* le 21 mars 1992, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*Voir appendice «FEMM-13»*).

À 17 h 30, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Monday, May 4, 1992

• 1532

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Order.

We're very pleased to welcome Dr. Raouf Ismail, who is living and practising plastic surgery in Ottawa.

Dr. Abdel Raouf Ismail (National Capital Society of Plastic Surgeons): I am a plastic surgeon, and I practise in Hull, on the other side of the river. I did my training in plastic surgery at McGill University; I did my medical school in Toronto. I am certified by the Corporation professionnelle des médecins du Québec and by the American Board of Plastic Surgery. I am an active member of the Canadian Society of Aesthetic Plastic Surgery and an active member of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeries.

I would like to start today by attempting to give you a picture of how we see the crisis of the silicone prosthesis. Who needs this prosthesis? What are the alternatives for the patients, and so on?

In our practice we face all sorts of health problems. Some can be classified as physical ailments in nature; others are psychological; and others can be called psychosomatic—that is, psychological in nature, but presenting physical symptomatology. We try to help these patients by whatever means are available to us. A decision is made based on scientific grounds and modelled by our experience. We do not operate unless we are convinced that surgery will make a difference for the patient.

Plastic surgery is in a dynamic change. Guidelines are reviewed and indications for certain procedures are modified periodically. For example, reimplantation surgery started in the early 1970s. Early on, we were trying to put everything that is amputated back: tips of fingers, hands, legs, ears, whatever. In the late 1970s, indications for what to reimplant were more precisely defined.

I don't believe that the surgical use of silicone breast prostheses is problem free. There are possible complications, as with any other surgery. The benefits to the patients greatly outweigh the risks of having complications. During the last several months the media have distorted the true picture by showing cases with severe complications, without any mention of the great number of cases with excellent, long-lasting results. I will try to show you some results today of some of the patients I see in my office. It happens that I saw three patients today, because I am in the process of reviewing all the cases we have done in the past five years. It happens that all of them had extremely excellent results; they were

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le lundi 4 mai 1992

La présidente suppléante (Mme Anderson): La séance est ouverte.

Nous aurons le plaisir d'entendre aujourd'hui le Dr Raouf Ismail, chirurgien plasticien qui habite Ottawa et y pratique sa profession.

Dr Abdel Raouf Ismail (National Capital Society of Plastic Surgeons): Je suis chirurgien plasticien et j'exerce cette profession à Hull, de l'autre côté de la rivière. J'ai étudié la chirurgie plastique à l'Université McGill et fait mes études de médecin à Toronto. Je suis accrédité par la Corporation des médecins du Québec et l'American Board of Plastic Surgery. Je suis membre actif de la Société canadienne des chirurgiens plasticiens, de même que de la American Society of Plastic and Reconstructive Surgeries.

Pour commencer, j'aimerais vous donner notre point de vue sur la crise des prothèses au silicone. Qui a besoin de ces prothèses? Existe-t-il d'autres solutions pour les patientes, etc.?

Dans notre profession, nous rencontrons toutes sortes de problèmes de santé. Certains peuvent être classés comme des problèmes de nature physique, d'autres d'ordre psychologique et d'autres encore sont classés comme psychosomatiques—c'est-à-dire qu'ils sont psychologiques de nature mais présentent des symptômes physiques. Nous essayons d'aider ces patients avec tous les moyens dont nous disposons. Nous prenons nos décisions en fonction de principes scientifiques et de notre expérience. Nous n'avons recours à la chirurgie que lorsque nous sommes persuadés que cela pourra aider vraiment le patient.

La chirurgie plastique est en pleine évolution. On revoit les lignes directrices et on modifie périodiquement les instructions relatives à certaines opérations. Par exemple, on a commencé au début des années 70 à faire des chirurgies de replantation. Auparavant, on essayait de remettre en place tout ce qui était amputé, qu'il s'agisse des bouts de doigt, des mains, des jambes, des oreilles, ou de toute autre partie du corps. À la fin des années 70, des instructions plus précises ont été énoncées sur ce qui pouvait être replanté.

L'utilisation des prothèses mammaires de silicone en chirurgie n'est pas sans poser de problèmes. Il existe des risques de complication, comme dans toute autre opération chirurgicale. Les avantages qu'en retirent les patientes sont bien supérieurs aux risques de complication. Au cours des derniers mois, les médias ont donné un portrait déformé de la situation en montrant des cas où il y avait eu des complications graves, sans toutefois parler des nombreux cas où l'on a obtenu d'excellents résultats à long terme. J'essaierai de vous montrer aujourd'hui les résultats qu'ont obtenu certaines de mes patientes. J'en ai d'ailleurs rencontré trois aujourd'hui, puisque je suis en train d'examiner tous les

[Texte]

extremely happy; in spite of the fear created by the media, they would have the surgery again. I am not here to defend the silicone prosthesis; I am sure there are problems, as I mentioned.

• 1535

Let's ask who benefits from the use of silicone prostheses. I would like to show you some slides now.

[Slide Presentation]

It's obvious that the lady in this slide had a left modified radical mastectomy, which means her left breast was completely removed. She is a good candidate for a silicone prosthesis and modification of the right breast. This next slide shows how she looked after the reconstruction. She had a silicone prosthesis on the left side with reconstruction of areola on the mamilla and a reduction mammoplasty on the right side.

This is another category of patients for which the breast prosthesis would function very well. This slide shows a young lady who had developed cancerphobia because of the frequent biopsies she has undergone. You can see on the slide the scars of several incisional biopsies. You can see those on the right side and I will show you the other view, on the left side. This lady had seven biopsies in total. Her breasts were extremely tender and whenever her husband approaches her she cries because they are quite tender and painful.

For a lady like this total removal of the breast is indicated. It's not like radical mastectomy, but involves removing a great amount of the glandular tissue and replacing that tissue with silicone prostheses. As we can see in this next slide, she looks quite well afterwards. She had no significant complications.

The next slide shows another case and we have a number of patients—I would see probably about 10 per year in my practice—who present a problem such as this one or a modified form, as I will show you. The person is born with one normally developing breast, but is almost flat-chested on the other side.

A syndrome goes with this condition sometimes in the extreme form and is called the "Polland Syndrome". The person has syndactyly of the fingers, absence of the muscle on that side, absence of the pectoral muscle, and almost an absence of the breast on the same side.

This slide shows a lady who is a good candidate for reconstruction with the mammary prosthesis. The slide shows a lateral view and you can sense the difference in size. This was taken after reconstruction.

As you can see, through reconstruction—although we can never reproduce what God gave us, but try to imitate a little—this condition can be improved upon by carrying out a mastopexy on the right side. With the limitations of the technique we are using I cannot descend the left breast. I can lift the right breast, but cannot descend the left one. This slide shows a lateral view.

[Traduction]

cas que j'ai traités au cours des cinq dernières années. Ces trois patientes avaient d'obtenu d'excellents résultats, elles en étaient très satisfaites et elles seraient prêtes à subir de nouveau cette opération en dépit de la crainte soulevée par les médias. Je ne suis pas ici pour défendre les prothèses au silicone; comme je l'ai mentionné, je sais qu'elles posent certaines problèmes.

À qui profite l'utilisation des prothèses au silicone? J'aimerais vous montrer maintenant quelques diapositives.

[Présentation des diapositives]

De toute évidence, la patiente que l'on voit sur cette diapositive a subi une mastectomie radicale modifiée, ce qui signifie qu'on lui a totalement enlevé le sein gauche. Son cas se prête bien à l'utilisation d'une prothèse au silicone et à une modification du sein droit. Sur la diapositive suivante, on peut voir les résultats obtenus après la reconstruction. Au sein gauche, on lui a installé une prothèse au silicone et on a reconstruit l'aréole et le mamelon. Au sein droit, on a fait une chirurgie de réduction mammaire.

Il existe une autre catégorie de patientes chez qui la prothèse donnerait de très bons résultats. On voit sur cette diapositive une jeune femme qui a développé une phobie du cancer en raison des nombreuses biopsies qu'elle a subi. On voit les cicatrices qu'ont laissé les incisions des biopsies. Vous voyez ces cicatrices du côté droit et je vous montrerai, sur l'autre diapositive, les cicatrices du côté gauche. Cette femme a subi en tout sept biopsies. Ses seins sont extrêmement sensibles et lorsque son mari essaie de la toucher, elle pleure, car ses seins lui font trop mal.

Dans un tel cas, il est tout indiqué d'enlever la totalité du sein. Il ne s'agit pas de faire une mastectomie radicale mais plutôt d'enlever une grande quantité du tissu glandulaire et de le remplacer par une prothèse au silicone. Sur cette diapositive, on constate qu'elle se porte bien après l'opération. Il n'y a pas eu de complications importantes.

Voici un autre cas. Il y a un certain nombre de patientes—j'en reçois environ dix par année qui présentent un tel problème, sous cette forme ou une forme modifiée, comme je vous le montrerai. Cette personne est née avec un sein qui se développe normalement, mais l'autre sein est atrophié.

Ce problème peut se présenter sous une forme extrême et il est lié à un syndrome appelé le «syndrome de Polland». Chez ces patientes, on constate une syndactylie des doigts, l'absence du muscle sur ce côté, l'absence du muscle pectoral et une absence presque totale du sein du même côté.

Dans un tel cas, la reconstruction et l'ajout d'une prothèse mammaire peuvent donner de bons résultats. On voit sur cette diapositive un plan latéral qui montre bien la différence de grosseur des deux seins. Voici le résultat après reconstruction.

Comme vous le constatez, la reconstruction a permis d'améliorer la situation—bien que nous ne puissions pas remplacer la nature, tout ce que nous pouvons faire c'est de l'imiter—grâce à une mastopexie du côté droit. La technique que nous utilisons ne nous permet pas de baisser le sein gauche. Je peux relever le sein droit, mais je ne peux pas baisser le gauche. Voici un plan latéral.

[Text]

The next slide shows another young lady, who presents with a similar problem, but in reverse. The right side is hypertrophied; the left side is acceptable in size. We don't use prostheses in this case, but reduce the breast on the other side. We know the prosthesis is a foreign body and always prefer not to put a prosthesis in unless we have to. So she underwent a reduction mammoplasty on the other side to correct the deformity.

This slide shows another young lady, who is a jazz dancer. She would always use a small silicone prosthesis and when she dances the silicone prosthesis falls off sometimes, unfortunately, which causes her a great deal of embarrassment. She is scheduled to have an augmentation mammoplasty on the right side so that it will match the other side somewhat.

Mrs. Clancy (Halifax): Can I ask you a question, Doctor? With what is she scheduled to have the augmentation?

Dr. Ismail: With a saline prosthesis. At the moment we cannot use the silicone prosthesis.

Mrs. Clancy: I am aware of that, thank you.

Dr. Ismail: We are complying with the recommendations of the Minister of Health and are not using any more silicone prosthesis.

This slide shows the other extreme of cases, where I think the whole crisis started. This case is sort of what we classify as aesthetic. This lady has some breasts but she's quite flat-chested. Somehow you can look at it as a bilateral hypoplasia if you compare it to the first lady I showed you. This lady has had an augmentation mammoplasty. This is the lateral view and you can see her after the augmentation. This made a big change for her and she had no problem, no complications or no catastrophic contractures and scarring, as in some of the cases that were shown on television.

• 1540

Women who underwent aesthetic augmentation mammoplasty were reviewed by the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons. In their review, they found that 91% of them were happy with the results. They were extremely satisfied and they would undergo the surgery again.

For the patients who underwent reconstructive post-cancer surgery, 89% of them were extremely happy. We're talking about 10%—give or take 1% or 2%—who are unhappy. This is predicted. They are told beforehand that there are certain complications.

This photograph is what she looked like afterward.

This photograph is another case.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): What was wrong?

[Translation]

Sur cette diapositive, on voit une jeune femme qui présente un problème semblable, mais à l'inverse. Le sein droit est hypertrophié, alors que le gauche est d'une grosseur acceptable. Dans un tel cas, nous n'utilisons pas de prothèse. Nous réduisons plutôt le sein de l'autre côté. Nous savons que la prothèse est un corps étranger et nous évitons de les utiliser lorsque c'est possible. La patiente a donc subi une chirurgie de réduction mammaire de l'autre côté pour corriger la difformité.

On voit ici une autre jeune femme qui est danseuse de jazz. Elle avait toujours utilisé une petite prothèse au silicone, mais lorsqu'elle dansait, il arrivait que cette prothèse tombe, ce qui mettait la patiente dans l'embarras. Elle subira une chirurgie d'augmentation mammaire du côté droit de façon à ce que ses deux seins soient de la même grosseur.

Mme Clancy (Halifax): Puis-je vous poser une question, docteur? Avec quoi fera-t-on cette augmentation?

Dr Ismail: Avec une prothèse d'eau salée. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas utiliser les prothèses au silicone.

Mme Clancy: Je suis au courant, merci.

Dr Ismail: Nous nous conformons aux recommandations du ministère de la Santé et nous n'utilisons plus de prothèses au silicone.

Cette diapositive montre un autre cas extrême. C'est ce type de cas qui a provoqué toute cette crise. Un tel cas entre dans la catégorie des chirurgies esthétiques. La patiente a des seins très petits. On peut cependant considérer cela comme une hypoplasie bilatérale si on compare son cas à celui de la première patiente que je vous ai montrée. Dans ce cas, nous avons fait une chirurgie d'augmentation mammaire. Voici le plan latéral et voici le résultat après l'augmentation. La patiente a été très heureuse du résultat après l'augmentation, elle n'a pas eu de problème, ni de complications, ni de contracture ou de cicatrisation catastrophique, comme dans certains des cas qui ont été montrés à la télévision.

L'American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons a étudié le cas de femmes qui ont subi une chirurgie esthétique d'augmentation mammaire. Cette étude a montré que 91 p. 100 de ces patientes étaient contentes des résultats. Elles étaient extrêmement satisfaites et seraient prêtes à subir de nouveau cette intervention.

Quatre-vingt-neuf p. 100 des patientes qui avaient subi une reconstruction post-cancéreuse étaient très heureuses des résultats. Environ 10 p. 100 d'entre elles—à un ou deux p. 100 près—n'étaient pas satisfaites. Ces résultats sont prévisibles. Les patientes sont averties à l'avance des possibilités de complications.

La diapositive montre le résultat après l'intervention.

Voici un autre cas.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Quel était son problème?

[Texte]

Dr. Ismail: This is hypoplasia also. I think I presented this case just to show you the other sort of milder form, which I classify as pure aesthetic because she does have breasts. Her breasts are not bad in size, but she wants them bigger. It's her choice. It's like somebody smoking. We know that smoking can cause cancer. Why can't we stop people smoking cigarettes in that case?

This photograph is her afterward. This is the end of the slides.

Unfortunately, I don't have any slides because of the short notice. There are other techniques and means available to us if the prosthesis disappeared from the market. There are things we can do to help these patients. Of course, I cannot help the last patient. There's nothing else we can do because there's a heavy price that each patient will pay. That is the scar and the deformity that is created by reconstruction.

Mrs. Clancy: You said the last patient?

Dr. Ismail: It was the last patient who was a purely aesthetic case.

Mrs. Clancy: I see.

Dr. Ismail: There is no hazy line between aesthetic and reconstruction.

The lady before was almost flat-chested. For a lady I'm sure this is not easy to live with in our North American world.

Mrs. Clancy: Quit while you're ahead, Doctor.

Dr. Ismail: In reconstructing a breast we have certain techniques available to us. We can use local flaps. Those are certain tissues that can be rotated locally to reconstruct breasts. The abdominal skin can be rotated upward and used to construct breasts. This technique is quite limited.

We can use what is called a latissimus dorsi flap that is the hugging muscle. It is quite a large muscle in the back. We can take part of that on a segment of skin, rotate it forward and reconstruct breasts. This is a very good technique for girls who have Poland syndrome. That is the absence of the pectoralis major muscle and absence of the breast on one side. You can remove that muscle, turn it around and reconstruct the pectoralis and the breast at the same time.

There is the so-called RAM flap, rectus abdominus muscular cutaneous flap that is done with an abdominoplasty. The skin and the subcutaneous tissues are carried on the rectus abdominus muscle in the middle of the abdomen. They are turned upward and used to construct breasts. This technique is used extensively in post-cancer surgery. Unfortunately, not everybody is a good candidate for this technique. All smokers are excluded because the artery and the vein that carries the big bulky flab already have some hardening if one has ever smoked. All smokers are excluded and obese patients are excluded, because if you carry too much fat with it you end up with a high rate of complications.

[Traduction]

Dr Ismail: Il s'agit également d'hypoplasie. Si je montre ce cas, c'est pour donner un exemple de problème moins grave, que je classe dans la catégorie de la chirurgie esthétique, puisque la patiente a des seins. Ceux-ci ne sont pas vraiment trop petits, mais elles souhaitent en avoir de plus gros. C'est sa décision. La même chose s'applique aux gens qui fument. Nous savons que fumer peut causer le cancer. Pourquoi ne pouvons-nous pas empêcher les gens de fumer des cigarettes?

Voici une photographie des résultats. Je n'ai plus de diapositives.

Malheureusement, je n'ai pas amené d'autres diapositives compte tenu du peu de préavis que j'ai eu. Il existe d'autres techniques et d'autres moyens que nous pouvons utiliser si les prothèses disparaissent du marché. Nous sommes en mesure d'aider ces patientes. Bien sûr, je ne pourrais pas aider la patiente du dernier cas que j'ai montré. Nous ne pouvons rien faire d'autre car il y a des conséquences que doit assumer chaque patiente, c'est-à-dire la cicatrice et la déformité qu'occasionne la reconstruction.

Mme Clancy: Vous avez parlé de la dernière patiente?

Dr Ismail: Oui, la patiente pour qui il s'agissait purement d'un cas d'esthétique.

Mme Clancy: D'accord.

Dr Ismail: Il n'y a pas de zone grise entre les interventions esthétiques et la reconstruction.

Cette femme avait des seins très petits. Ce ne doit pas être facile pour elle de vivre dans le monde nord-américain.

Mme Clancy: Ne vous engagez pas sur ce terrain, docteur.

Dr Ismail: Nous disposons de certaines techniques pour la reconstruction des seins. Nous pouvons utiliser des lambeaux de chair prélevés localement. Il s'agit de certains tissus qui peuvent être déplacés localement pour reconstruire les seins. On peut se servir de la peau de l'abdomen en la retournant vers le haut. L'utilisation de cette technique est très limitée.

On peut aussi utiliser le grand dorsal. Il s'agit d'un gros muscle du dos. Nous pouvons en prendre une partie attachée à un segment de peau, l'amener vers l'avant et reconstruire les seins. Cette technique donne de bons résultats chez les femmes qui souffrent du syndrome de Poland, c'est-à-dire de l'absence du grand pectoral et d'un sein sur un côté. On peut enlever ce muscle, le retourner et reconstruire le pectoral et le sein à la fois.

On peut aussi utiliser un lambeau cutané du grand droit de l'abdomen grâce à une abdominoplastie. La peau et les tissus sous-cutanés sont amenés sur le grand droit de l'abdomen, puis ils sont retournés vers le haut et utilisés à la construction des seins. Cette technique est très utilisée dans les chirurgies post-cancéreuses. Malheureusement, elles ne donnent pas de bons résultats chez toutes les patientes. Elle ne peut pas être utilisée chez les fumeuses puisque l'artère et la veine que comporte ce grand segment ont été durcis par l'usage du tabac. On ne peut pas non plus l'utiliser chez les patientes obèses car si l'on transpose trop de gras avec la greffe, le taux de complications est très élevé.

[Text]

[Translation]

• 1545

The last possible technique is a free flap. I don't know if you have ever heard of free flap, or know what it means; it is to take a segment of skin and subcutaneous tissue from an artery and a vein and under the microscope hook it up to the new site.

This surgery is a complex procedure. It takes eight hours of anaesthesia. It is only done in major teaching hospitals. You need two teams of microsurgeons who are working at the same time; the price is very heavy.

These are the alternatives we have. If these prostheses are distributed for the market, we are stuck with these techniques to reconstruct some of these patients.

Now I would like to mention some of the complications that we encounter with breast prostheses. I would like to address complications related directly to prostheses. There are always complications related to any type of surgery—complications related to anaesthesia, complications related to bleeding, infection, and whatever.

In the use of silicone gel prostheses, one of the major complications that has created other sorts of side problems is the capsular formation—that is, the internal scarring that is formed around the prosthesis.

The prosthesis is a foreign body. Our body would reject it somehow. It is not an immunologic rejection but a sort of rejection that occurs by the formation of scar tissue around it. If this scar tissue is tremendous, the prosthesis will become quite hard, as hard as a rock, as a matter of fact; if you take a balloon and you squeeze it, squeeze it, and keep squeezing it, it becomes quite hard. This is what happens with the breast prosthesis.

Early in the late 1960s and early 1970s the rate of capsular formation was quite high. I would say along the line of 40% of cases would develop that. Lately, with the modification of the surgical technique and with modification of the prosthesis itself, the prostheses nowadays are a little different from the prostheses that were used in the late 1960s and early 1970s.

This rate of hardening has been reduced to almost 10%–20%. It varies. In my hands I have been able to reduce it to probably between 2% and 8% by modification of the technique. I put the prosthesis in behind the muscle, the pectoral muscle, and I close the muscles over it completely. So when the patient is moving in her daily activity of eating, working, walking, the prosthesis is moving all the time and the scar doesn't have time to form and sort of clamp down on the prosthesis. Mind you, in spite of all attempts, there are certain ones who develop capsular formation and hardening.

Il existe une dernière technique, celle du lambeau libre. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler ou si vous savez de quoi il s'agit; cela consiste à prélever un segment de peau et de tissu sous-cutané d'une artère et d'une veine et à le greffer par microchirurgie au nouvel endroit.

Cette opération est très complexe. Elle nécessite une anesthésie de huit heures. On ne la pratique que dans les grands hôpitaux universitaires. Il faut deux équipes de microchirurgiens qui travaillent simultanément; le prix en est très élevé.

Ce sont là les solutions de rechange dont nous disposons. Si les prothèses sont retirées du marché, il ne nous restera plus que ces techniques pour reconstruire les seins de certaines de ces patientes.

J'aimerais maintenant parler de certaines des complications qui découlent de la pose des prothèses mammaires. Je parlerai des complications directement associées aux prothèses. Toute opération chirurgicale peut entraîner des complications, qu'elles soient liées à l'anesthésie, au saignement, à l'infection ou à d'autres facteurs.

L'une des principales complications que peut poser l'utilisation des prothèses au gel de silicone, complications qui donnent lieu à d'autres problèmes secondaires, c'est la formation capsulaire, c'est à dire la formation de tissus cicatriciels autour de la prothèse, à l'intérieur du sein.

La prothèse est un corps étranger. Notre corps a tendance à la rejeter. Il ne s'agit pas d'un rejet d'ordre immunologique, mais plutôt d'un rejet par formation de tissus cicatriciels. S'il y a une grande quantité de tissus cicatriciels, la prothèse durcit et peut même devenir aussi dure que du roc; prenez un ballon, si vous le serrez constamment, il durcira. C'est ce qui arrive à la prothèse mammaire.

À la fin des années 1960 et au début des années 1970, le taux de formation capsulaire était très élevé. Je dirais que cela se produisait dans environ 40 p. 100 des cas. Récemment, les techniques chirurgicales ont été modifiées, de même que les prothèses elles-mêmes. Les nouvelles prothèses sont légèrement différentes des prothèses utilisées à la fin des années 1960 et au début des années 1970.

Le taux de durcissement est maintenant de 10 à 20 p. 100. Cela varie. Pour ma part, j'ai été capable de réduire ce taux en modifiant la technique opératoire. J'installe la prothèse derrière le muscle pectoral et je referme le muscle complètement au-dessus de la prothèse. Par conséquent, lorsque la patiente bouge dans le cadre de ses activités quotidiennes, qu'elle mange, travaille ou marche, la prothèse est toujours en mouvement et le tissu cicatriciel n'a pas le temps de se former et de se resserrer autour de la prothèse. Malgré tout, il y a des patientes chez qui se développe une formation capsulaire et un durcissement.

[Texte]

The patients are told about it. This is the major complication—that I underline three times—and I usually discuss it twice with the patient. I like to see my patients twice. I see them the first time, discuss the surgery with them, give them a pamphlet that is distributed to us by the association and I tell them to come back again after they have read the pamphlet and ask any questions.

Some patients have underlined everywhere and then they come and ask a hundred questions. Some others come and they don't ask any questions. But that is the routine that I practise and I am sure the great majority of plastic surgeons do that.

Now I would like to talk about the Meme implant. Where did the Meme implant come from? In the attempt to overcome the hardening and the capsular formation, the industry has produced the Meme implant—that is, a silicone implant with a cover of polyurethane. I am sure you have heard a lot about it.

• 1550

We, the plastic surgeons, were convinced somehow that the use of this prosthesis reduced the incidence of capsular formation, and because of that we started using it. I shouldn't say we started using it, but a certain number of us started using it.

It happens that I have never used it because of early experience when I was a resident at the Montreal General—polyurethane, by the way, has been used for a long time, it is nothing new. It was used for facial augmentation before.

I had a bad experience with one patient who had Romberg's facial atrophy, which my chief reconstructed by putting a polyurethane implant in the temporal area. It became infected, so I was stuck to remove it.

I will never forget the day when I was trying to remove that prosthesis—it was not a prosthesis, it was a complete mesh of scars; in other words, you could not recognize normal tissue from abnormal tissue.

Because of that, when they said polyurethane, I said forget it. I don't want to use that. Luckily, I don't have patients coming back to me, asking me about this and that. Mind you, I still see some patients of other surgeons who have used it. Unfortunately, probably the greatest number of polyurethane prostheses have been used in Quebec.

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Did that have the covering of the fuzzy polyurethane—it wasn't the clear silicone?

Dr. Ismail: No, not the clear. The clear is the same as in the other prosthesis.

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Yes, and that was what you had put in the—

[Traduction]

Les patientes en sont averties. C'est la principale complication—et je le souligne de trois traits—et j'en discute généralement deux fois avec la patiente. Je préfère rencontrer mes patientes deux fois. La première fois, je discute avec elles de l'opération, je leur donne une brochure qui nous est distribuée par l'association et je leur demande de revenir après qu'elles aient lu la brochure, leur donnant ainsi l'occasion de me poser des questions.

Certaines patientes ont une centaine de questions à me poser, d'autres aucune. C'est de cette façon que je fonctionne et je suis certain que c'est aussi le cas de la majorité des chirurgiens plasticiens.

Je parlerai maintenant de la prothèse Mème. D'où vient cette prothèse? L'industrie a produit la prothèse Mème, c'est-à-dire une prothèse au silicone recouverte d'une enveloppe de polyuréthane, pour surmonter les problèmes de durcissement et de formation capsulaire. Je suis sûre que vous en avez beaucoup entendu parler.

Nous, les plasticiens, étions convaincus que l'utilisation de cette prothèse réduisait les risques de formation capsulaire, c'est pourquoi nous avons commencé à l'utiliser. Je ne devrais pas dire que nous avons commencé à l'utiliser, mais un certain nombre de nos confrères l'ont fait.

Il se trouve que, personnellement, je n'ai jamais utilisé cette prothèse en raison d'une expérience antérieure vécue à l'époque où j'étais interne à l'Hôpital général de Montréal—le polyuréthane, soit dit en passant, est utilisé depuis longtemps et ce n'est pas un produit nouveau. Auparavant, on l'utilisait pour la chirurgie d'augmentation faciale.

Il m'est arrivé un incident regrettable avec un patient atteint d'atrophie faciale de Romberg; le chef de notre service avait fait sur cette personne une intervention de chirurgie reconstructive au moyen d'un implant de polyuréthane dans la région temporale. J'ai été obligé de retirer l'implant car il y avait eu infection des tissus.

Je n'oublierai jamais le jour où j'ai dû essayer de retirer cette prothèse—en fait, ce n'était plus une prothèse, mais un véritable mélange de tissus cicatriciels; autrement dit, il était impossible de faire la distinction entre les tissus normaux et anormaux.

C'est pourquoi je n'ai jamais voulu entendre parler de polyuréthane. Je ne voulais pas utiliser ce produit. Heureusement, je n'ai pas de patientes qui reviennent me voir en me posant toutes sortes de questions. Remarquez bien, je continue à recevoir des patientes qui ont été opérées par d'autres chirurgiens qui ont utilisé cette prothèse. Malheureusement, c'est sans doute au Québec que l'on a utilisé le plus de prothèses de polyuréthane.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Est-ce que c'est celle-là qui était couverte de polyuréthane effiloché—ce n'était pas le silicone transparent?

Dr. Ismail: Non, pas le transparent. Le transparent est le même que celui des autres prothèses.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Oui, et c'est ce qui a été implanté dans la . .

[Text]

Dr. Ismail: That's right. It's the same material. It is polyurethane.

The other thing that has been tossed around is the bleed of the cover of the prosthesis or the envelope of the prosthesis.

What is the bleed? It is the shedding of silicone molecules, dimethylsiloxane that comes out from the envelope. It gets engulfed by the macrophages. If you take a biopsy of the glands in the axilla, you will find that some macrophages have some silicone inside them, even though the prosthesis is intact.

This is true. Initially, it was felt that probably the bleed had something to do with capsular formation, so the industry improved the envelope. They started producing envelopes that bleed less. Even though they claim it doesn't bleed, I don't know if I believe it. I am sure there is a certain bleed.

Further studies done in the 1970s by Rudolph proved there is no relationship between the presence of silicone in the peri capsular tissue and the amount of hardening or the capsular formation. That concept sort of dropped away gradually.

There are a certain number that become infected. Infection is disastrous, especially with the Meme prosthesis, because it is a foreign body. If they get infected, beware. It means you have to remove the prosthesis, you have to remove all the fibrous tissue around it. If a lady started with small breasts, she is going to end up with a flatter chest.

I was reading in the minutes that you have heard Marcella Tardif and Madam Wilson. These are two cases with unfortunate results. They can happen. I am not saying they are not telling the truth; it can happen. Fortunately, it does not happen very often.

As for the life of the prosthesis, nobody can tell how long it is going to last. Earlier on, plastic surgeons felt they could last for life, but present evidence does not support that.

We are at the stage at which we started removing 20-year-old prostheses and 22-year-old prostheses, and they are as hard as a rock; some of them are calcified. Probably in the past year I started telling patients that if prostheses last five to ten years you are lucky. Beyond that, don't hope for it. There are some rare cases, where they come in after 20 years, and they have no problems.

• 1555

Mrs. Clancy: That's any prosthesis, you're saying.

Dr. Ismail: Yes, any prosthesis. With the saline prosthesis there is a problem that if it ruptures it's gone quickly. In a matter of a few hours it has dissolved completely. Patients were told about this before, and it is their choice to have it. Now they don't have a choice, because that's the only prosthesis available. You cannot use the silicone prosthesis any more, for this period anyway.

[Translation]

Dr Ismail: C'est exact. C'est le même matériau. C'est du polyuréthane.

L'autre chose dont on a beaucoup parlé, c'est la détérioration de l'enveloppe de la prothèse.

À quoi est due cette détérioration? À l'effritement des molécules de silicone, du diméthylsiloxane qui s'échappe de l'enveloppe. Ce produit est absorbé par les cellules macrophages. Si l'on fait une biopsie des glandes axillaires, on constate que certaines cellules macrophages contiennent du silicone, même si la prothèse est intacte.

C'est la vérité. Au départ, on pensait que la détérioration était sans doute due à la formation capsulaire et c'est pourquoi les fabricants ont amélioré l'enveloppe. Ils ont commencé à fabriquer des enveloppes qui fuient moins. Même s'ils prétendent qu'elles ne fuient plus du tout, je n'en suis pas convaincu.

Des études poussées effectuées dans les années 70 par Rudolph ont révélé qu'il n'y a aucun rapport entre la présence de silicone dans les tissus péricapsulaires et le durcissement des tissus ou la formation capsulaire. On a peu à peu abandonné cette idée.

Dans certains cas, il y a infection. L'infection est catastrophique, surtout pour la prothèse Meme, car il s'agit d'un corps étranger. Les risques sont accrus en cas d'infection. Il faut dans ce cas supprimer la prothèse, et ôter tous les tissus fibreux qui l'entoure. Une femme qui avait des petits seins au départ risque de se retrouver sans poitrine du tout.

J'ai lu dans le compte rendu de vos délibérations que vous avez entendu le témoignage de Marcella Tardif et de M^{me} Wilson. Ce sont deux cas qui ont eu des résultats très regrettables, mais cela peut arriver. Je ne dis pas qu'elles n'ont pas dit la vérité, car cela peut arriver. Heureusement, c'est assez rare.

Quant à la durée de vie de la prothèse, personne ne peut prévoir combien de temps elle va durer. Au départ, les plasticiens pensaient que les prothèses dureraient toute la vie, mais les preuves actuelles ne vont pas dans le même sens.

Nous sommes arrivés à l'étape où nous avons commencé à retirer des prothèses en place depuis 20 ou 22 ans, et qui sont aussi dures que la roche; certaines d'entre-elles sont calcifiées. L'an dernier, j'ai commencé à dire à mes patientes qu'elles pourraient s'estimer heureuses si leur prothèse durait cinq à dix ans. Au-delà de cette période, il ne faut pas trop espérer. Il existe quelques rares cas de patientes qui ont une prothèse depuis 20 ans et n'ont jamais eu le moindre problème.

Mme Clancy: Ce que vous dites s'applique à n'importe quelle sorte de prothèses.

Dr Ismail: Oui, à toutes les prothèses. Le problème que pose la prothèse de solution saline, c'est qu'elle disparaît rapidement en cas de perforation. En quelques heures, elle est complètement dissoute. Auparavant, les patientes en étaient informées et elles pouvaient décider ou non de l'avoir. Aujourd'hui, elles n'ont plus le choix car c'est la seule prothèse disponible. On ne peut plus utiliser la prothèse au silicone, du moins à l'heure actuelle.

[Texte]

Another question that was raised recently was the relationship with cancer because of silicone prostheses. There is no evidence to support that. There are some studies that showed a doubling of the incidence of soft tissue sarcomas, from 1:1,000,000 to 2:1,000,000. These are the sort of anecdotal reports that are very difficult to judge at this stage of development. There are questions about connective tissue diseases, arthritic forms of disease like scleroderma. Evidence of scleroderma in ladies who have silicone breast prostheses have doubled from 1:200,000 to 2:200,000. That is also quite anecdotal, and it's very difficult to verify.

The third question is cancer detection. Some general surgeons have raised the question that the presence of the prosthesis can hide or delay the detection of cancer. This is true if mammographies are done by non-experienced radiologists. We advise all patients who have silicone prostheses to mention this to their radiologists and make sure they have the special views recommended; otherwise, the prostheses can hide cancer for a period of time. We don't want to hide it for any period of time.

Finally, I would like to say that at the present time there is no scientific evidence to support the removal of these prostheses if they are not symptomatic. If they are symptomatic, take them out.

I would like to reiterate that I'm a physician first; I'm a plastic surgeon second. My main concern is the welfare of my patient. Unfortunately, the media have distorted that image and we are suffering because of it at the present time.

The Acting Chairperson (Mrs. Anderson): Thank you very much, Dr. Ismail. Our chairperson has returned. Before questions start, I'm going to ask her to take over.

The Chairman: I must apologize for not being here on time; I drove as fast as was legally wise. I attended a press conference in Toronto on the children's program announcements. I didn't know about it until the weekend.

I'm sorry I missed the first part of your presentation, but I am sure there'll be lots of questions.

• 1600

Mrs. Clancy: Dr. Ismail, you were talking about the silicone and not the Meme when you talked about the approximately 10%...91% in the aesthetics are satisfied and 89% in the reconstructive. Is that correct?

Dr. Ismail: They did not separate them.

Mrs. Clancy: You don't use the Meme, is that correct?

Dr. Ismail: Correct. I have never used it.

Mrs. Clancy: Because of experience that you told us about in Montreal?

[Traduction]

Dernièrement, on a aussi soulevé la question des risques de cancer dus aux prothèses au silicone. Il n'existe à ce sujet aucune preuve concluante. Certaines études ont révélé que le taux de sarcome des tissus mous a doublé, passant de 1 pour 1 million à 2 pour 1 million. Il existe aussi certaines anecdotes très difficiles à évaluer à cette étape de nos recherches. Il est question également de maladies des tissus conjonctifs, de maladies comme la sclérodémie, qui ressemble à l'arthrite. Les cas de sclérodémie chez les femmes auxquelles on a implanté des prothèses de silicone ont doublé, passant de 1 pour 200,000 à 2 pour 200,000. Là encore, on se fonde surtout sur des histoires dont il est très difficile de vérifier la véracité.

La troisième question est la détection du cancer. Certains chirurgiens généralistes ont signalé que la présence de la prothèse peut empêcher ou retarder la détection du cancer. C'est vrai si les mammographies sont effectuées par des radiologues non chevronnés. Nous conseillons à toutes nos patientes qui ont une prothèse au silicone de le signaler au radiologue et de s'assurer que les radiographies sont faites sous les bons angles. Autrement, la prothèse peut dissimuler le cancer pendant un certain temps. Or, il importe de le détecter au plus tôt.

Enfin, nous voulons dire que, à l'heure actuelle, aucune preuve scientifique ne justifie le retrait de ces prothèses s'il n'y a aucun symptôme chez la patiente. Dans le cas contraire, il faut les retirer.

Je tiens à répéter que je suis avant tout médecin et ensuite chirurgien plasticien. Je me préoccupe essentiellement du bien-être de mes patientes. Malheureusement, les médias ont déformé cette image et, à l'heure actuelle, nous en subissons les conséquences.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Merci beaucoup, docteur Ismail. Notre présidente est de retour. Avant de passer aux questions, je vais lui rendre sa place.

La présidente: Je vous demande d'excuser mon retard; j'ai conduit aussi vite que me le permettent les limites légales de vitesse. J'assistais à une conférence de presse à Toronto sur les déclarations relatives aux programmes à l'intention des enfants. Je n'en ai été informée que pendant la fin de semaine.

Je regrette d'avoir manqué le début de votre exposé, mais je suis convaincue qu'il y aura de nombreuses questions.

Mme Clancy: Docteur Ismail, vous parliez des prothèses au silicone et non de l'implant Meme, lorsque vous avez dit que 10 p. 100... que 91 p. 100 des patients de chirurgie plastique et 89 p. 100 des patientes de chirurgies reconstruction sont satisfaites. Est-ce exact?

Dr Ismail: On n'a pas établi de distinction.

Mme Clancy: Vous n'utilisez pas l'implant Meme, n'est-ce-pas?

Dr Ismail: C'est exact. Je ne l'ai jamais utilisé.

Mme Clancy: À cause du cas que vous avez connu à l'hôpital de Montréal et dont vous nous avez parlé?

[Text]

Dr. Ismail: It is because of my earlier experience. It is a personal thing. It is not really based on any scientific ground.

Mrs. Clancy: I happened to be reading a pamphlet on another form of surgery the other day and I was looking at the risk factors and everything in the pamphlet. I think the highest was around 6%.

In other plastic surgery procedures, is 10% normal? For example, in a face lift, which many of us may think of some day, unfortunately sooner rather than later, or say in rhinoplasty or something like that, what would be the percentage risk factor in those operations?

Dr. Ismail: To have what?

Mrs. Clancy: To have a face lift.

Dr. Ismail: What sort of complications? Each complication has its own rate. For a face lift, to have bleeding or hematomas, up to 20% is acceptable.

Mrs. Clancy: Not bleeding and hematomas for the rest of your life?

Dr. Ismail: No. That is just a temporary complication. It will prolong the mobility and instead of going shopping the third day, you go shopping three weeks later because of the bruising and so on.

Mrs. Clancy: What is the percentage in that?

Dr. Ismail: I would say up to 20% is acceptable.

Mrs. Clancy: Are you telling me that there is no sort of long-term risk to a face lift?

Dr. Ismail: There is. If you cut the nerve, you've have it.

Mrs. Clancy: That is slightly different though, isn't it?

Dr. Ismail: This is one of the complications and it is mentioned to the patients. When we see patients for a face lift, we do mention this complication.

Mrs. Clancy: What I am getting at is that this is in a sense a particular form, almost unique in a sense. I realize that plastic surgery is a unique speciality. In a face lift or rhinoplasty or something like that you're not dealing with prostheses.

Dr. Ismail: No.

Mrs. Clancy: That's what puts this into a different category.

Dr. Ismail: I can give you another example. Early on when we started replantation, if we get a good result in 70%, we're flying.

Nowadays it should be less than 5% complication. The success rate should be 95%.

Mrs. Clancy: You have been saying that in your own practice you have a complication rate of 2% to 8%.

Dr. Ismail: Yes.

[Translation]

Dr Ismail: C'est à cause de mon expérience antérieure. C'est personnel. Cela ne se fonde sur aucun motif scientifique.

Mme Clancy: L'autre jour, je lisais une brochure sur une autre forme de chirurgie et j'examinais les facteurs de risque et toutes les autres données figurant dans cette brochure. Sauf erreur, le taux le plus élevé était de l'ordre de 6 p. 100.

Le taux de 10 p. 100 est-il normal pour les autres interventions de chirurgie plastique? Par exemple, pour un «lifting», que nombre d'entre nous envisageront peut-être un jour ou l'autre, malheureusement avant longtemps, disons dans les cas de rhinoplastie, quel est en pourcentage le facteur de risque dans ces interventions?

Dr Ismail: De quelles interventions?

Mme Clancy: Pour un «lifting».

Dr Ismail: De quelles complications parlez-vous? Les taux varient selon les complications. Pour un «lifting», des complications peuvent aller jusqu'à 20 p. 100 si l'on parle de saignement ou d'hématome.

Mme Clancy: Les saignements et les hématomes ne dureront pas pour toujours?

Dr Ismail: Non, il s'agit d'une complication provisoire. Cela oblige la patiente à rester immobile pendant plus longtemps et, au lieu d'aller dans les magasins le troisième jour, elle devra attendre trois semaines à cause des hématomes et tout le reste.

Mme Clancy: Quel est le facteur de risque dans ces cas-là?

Dr Ismail: Jusqu'à 20 p. 100, c'est acceptable.

Mme Clancy: Etes-vous en train de me dire qu'un «lifting» ne présente aucun risque à long terme?

Dr Ismail: Non. Si l'on sectionne le nerf, il y a des problèmes à long terme.

Mme Clancy: Mais alors, ce n'est plus tout à fait la même chose.

Dr Ismail: C'est l'une des complications possibles et nous le signalons aux patientes. Lorsque des patientes viennent nous voir pour un «lifting», nous les informons de ce risque.

Mme Clancy: Ce que je veux dire, c'est qu'il s'agit d'une sorte d'intervention chirurgicale presque unique en son genre. Je comprends que la chirurgie plastique est une spécialité unique en son genre. Il n'y a pas de prothèse, lorsqu'on effectue une rhinoplastie, un «lifting» ou toute autre intervention semblable.

Dr Ismail: Non.

Mme Clancy: C'est pourquoi ces interventions tombent dans une catégorie différente.

Dr Ismail: Je peux vous citer un autre exemple. Au tout début des interventions de replantation, nous étions satisfaits lorsque nous obtenions un bon résultat dans 70 p. 100 des cas.

À l'heure actuelle, il doit y avoir moins de 5 p. 100 de complications. Le taux de succès devrait atteindre 95 p. 100.

Mme Clancy: Vous avez dit que, dans votre domaine, le taux de complications ultérieures se situe entre 2 p. 100 et 8 p. 100.

Dr Ismail: C'est exact.

[Texte]

Mrs. Clancy: Would you say that in 10 years time that would be reduced to 2% to 3% or 2% to 5% ?

Dr. Ismail: I don't know. I cannot tell.

Mrs. Clancy: Let me get off that tack briefly and go on to another one.

With regard to the implants, either the silicone or the Meme, are you, as a physician, satisfied with the academic research that's available on these prostheses?

Dr. Ismail: I am probably satisfied as far as the clinical research is concerned. I don't know what you mean by academic.

Mrs. Clancy: Clinical research.

Dr. Ismail: Clinical research, yes, but I am not sure I am satisfied with the biochemical.

Mrs. Clancy: Can you give me some examples of the clinical research that you would rely on?

Dr. Ismail: Trying tackle the complications that I mentioned, the hardening and the infection are some.

Mrs. Clancy: I am sorry, I am not being clear. Who has done these? Are they published? Are they available?

Dr. Ismail: Yes, they are published.

Mrs. Clancy: Could you give us a list?

Dr. Ismail: Yes, I can produce it for you.

Mrs. Clancy: I would very much appreciate it if the clerk could facilitate that.

Concerning the biochemical, I am presuming you are talking about what happens in the case of breakdown.

Dr. Ismail: That's right. That is not done by us. I would say basically it is done by the industry.

Mrs. Clancy: Are you aware of any studies in this that you would have faith in?

Dr. Ismail: I have read all the studies and they are all done on animals. They are not done on humans.

• 1605

Mrs. Clancy: None on humans, okay. I believe there are studies that are being undertaken now that are just in the preliminary stages.

Dr. Ismail: I'm sure there are quite a number of them going on right now.

Mrs. Clancy: But what you're saying to this committee is that previous to this up surge in public interest, the only studies of which you were aware—

Dr. Ismail: Were all chemical.

Mrs. Clancy: —of a biochemical nature.

Dr. Ismail: The biochemical studies were all on animals—

[Traduction]

Mme Clancy: Voulez-vous dire que, d'ici 10 ans, ce taux devrait être ramené à une fourchette de 2 p. 100 à 3 p. 100 ou de 2 p. 100 à 5 p. 100?

Dr Ismail: Je n'en sais rien. Je ne peux pas vous le dire.

Mme Clancy: Permettez-moi de clore brièvement ce sujet et de passer à une autre question.

En ce qui concerne les implants, qu'il s'agisse des prothèses au silicone ou de l'implant Meme, êtes-vous, en tant que médecin, satisfait des recherches universitaires effectuées sur ces prothèses?

Dr Ismail: Je suis assez satisfait des recherches cliniques. Je ne sais pas ce que vous voulez dire par universitaires.

Mme Clancy: Je parlais des recherches cliniques.

Dr Ismail: Pour les recherches cliniques, oui, mais il n'en est pas de même pour l'aspect biochimique du problème.

Mme Clancy: Pourriez-vous me citer quelques exemples des recherches cliniques sur lesquelles vous vous fondez?

Dr Ismail: Essayer de réduire les complications dont j'ai parlé, comme le durcissement et l'infection notamment.

Mme Clancy: Je regrette, ma question n'était pas assez précise. Qui a fait ces recherches? Les résultats ont-ils été publiés? Sont-ils disponibles?

Dr Ismail: Oui, ils sont publiés.

Mme Clancy: Pouvez-vous nous en donner une liste?

Dr Ismail: Oui, volontiers.

Mme Clancy: Je saurais gré à notre greffière de prendre les dispositions voulues pour obtenir cette liste.

En ce qui concerne la question biochimique, je suppose que vous parlez des problèmes dus à la rupture des prothèses.

Dr Ismail: C'est exact. Ce n'est pas nous qui effectuons ces recherches. Les études sont faites essentiellement par les fabricants.

Mme Clancy: Existe-t-il à votre connaissance des études sur ce point qui vous paraissent dignes de foi?

Dr Ismail: J'ai lu toutes les études et tous les textes ont été faits sur les animaux. Rien ne concerne les êtres humains.

Mme Clancy: Aucune étude sur des personnes humaines. Je crois savoir que certaines études en sont actuellement à l'étape préliminaire.

Dr Ismail: Je suis certain qu'un certain nombre d'études sont actuellement en cours.

Mme Clancy: Mais vous dites au comité que, avant cette manifestation soudaine de l'intérêt du public, les seules études effectuées à votre connaissance. . .

Dr Ismail: Étaient toutes de nature chimique.

Mme Clancy: . . . de nature biochimique.

Dr Ismail: Les études biochimiques portaient toutes sur les animaux. . .

[Text]

Mrs. Clancy: —not on human beings, and done mostly by the industry.

Dr. Ismail: Yes.

Mrs. Clancy: Thank you very much, Dr. Ismail.

Ms Black: Welcome to our committee, Dr. Ismail, and thank you for coming. I understand that you are appearing on behalf of the National Capital Society of Plastic Surgeons. I think your comments about the Meme are particularly interesting, because the position that you took around the Meme implant certainly was not the position taken by the Society of Plastic Surgeons.

My interest in this whole area started about three or four years ago. Shortly after I was elected I was visited by a woman in my constituency office who brought me pictures of the condition of her chest after having Meme implants and after having them removed a short time later. All of the complications she suffered and a number of surgeries since to try to get all of these bits of polyurethane and perhaps silicone that had got into her system. . .

You showed us slides today. I could show you pictures of this woman that would break your heart. . .the way she ended up.

Dr. Ismail: Believe me, I have seen some.

Ms Black: I find it interesting that you're here on behalf of the Society of Plastic Surgeons, yet you yourself never used the Meme. Did you share your concerns with your association?

Dr. Ismail: With my colleagues, yes, with my association, no. I'm the president of the local chapter in the national capital area. I'm not with the Canadian society, and I'm not representing the Canadian society.

Ms Black: You talked about a pamphlet that you discuss with your patients. Is that something that is produced by the society?

Dr. Ismail: That's right.

Ms Black: Did you bring that to share with the committee? Could you. . .?

Dr. Ismail: I can produce it. I forgot it.

Ms Black: You talked about how you discuss the potential complications with your patients and require two visits before they have surgery. I must get on the record, however, that with the women who have come to see me about these implants, the constant theme I've heard from women who have had problems with their implants has been that potential problems were never discussed. They were not told about hardening of the prosthesis, about any possibility of leakage of silicone, nor about the risks involved after the surgery. Many of them said they were told that there were risks going under an anaesthetic, but were not told about the complications that might present themselves afterward.

Dr. Ismail: The pamphlets were produced only three or four years ago.

[Translation]

Mme Clancy: . . .et non sur les êtres humains, et pour l'essentiel, elles étaient faites par les fabricants.

Dr Ismail: En effet.

Mme Clancy: Merci beaucoup, docteur Ismail.

Mme Black: Soyez le bienvenu, docteur Ismail. Je vous remercie d'être venu témoigner devant le comité. Je crois savoir que vous représentez la National Capital Society of Plastic Surgeons. Vos observations au sujet de l'implant Meme sont des plus intéressantes, car la position que vous avez adoptée à ce sujet est tout à fait différente de celle de la Society of Plastic Surgeons.

Mon intérêt pour toute cette question remonte à environ trois ou quatre ans. Peu après avoir été élue députée, j'ai reçu dans mon bureau de circonscription la visite d'une femme qui m'a montré des photos de sa poitrine après la mise en place d'implants Meme qu'il a fallu lui retirer peu de temps après. Elle avait subi toutes sortes de complications et un certain nombre d'interventions chirurgicales par la suite pour essayer de retirer tous les morceaux de polyuréthane et peut-être de silicone répandus dans son système. . .

Vous nous avez montré aujourd'hui des diapositives. Je pourrais vous montrer des photos de cette femme qui vous briseraient le coeur. . . lorsque vous verrez ce qu'elle a subi.

Dr Ismail: Croyez-moi, j'en ai vu aussi.

Mme Black: Il est paradoxal que vous comparaisiez aujourd'hui au nom de la Society of Plastic Surgeons alors que vous personnellement n'avez jamais utilisé l'implant Meme. Avez-vous exprimé vos préoccupations à votre association?

Dr Ismail: À mes collègues, oui, mais pas à l'association. Je suis le président de la section locale dans la région de la capitale nationale. Je ne fais pas partie de la Société canadienne et ce n'est pas elle que je représente aujourd'hui.

Mme Black: Vous avez parlé d'une brochure dont vous discutez avec vos patientes. Est-elle publiée par la Société?

Dr Ismail: C'est exact.

Mme Black: En avez-vous apporté un exemplaire pour remettre au comité? Pourriez-vous. . .?

Dr Ismail: Je pourrais vous la faire parvenir. J'ai oublié de l'apporter.

Mme Black: Vous avez dit que vous discutez des risques éventuels avec vos patientes et que vous exigez deux visites avant l'intervention chirurgicale. Je tiens à signaler publiquement, toutefois, que toutes les femmes qui sont venues me voir pour me parler des problèmes dus à ces implants ont formulé la même plainte, à savoir qu'elles n'avaient jamais été informées des risques éventuels auparavant. On ne leur avait dit ni que la prothèse risquait de durcir, ni qu'il y avait un risque de fuite de silicone ni que certaines complications risquaient de se produire après l'intervention chirurgicale. Bon nombre d'entre elles ont déclaré avoir été averties des risques que présentait l'anesthésie générale, mais pas des complications susceptibles de survenir par la suite.

Dr Ismail: Les brochures ont été publiées il y a trois ou quatre mois à peine.

[Texte]

Ms Black: The woman who came to see me—

Dr. Ismail: Before that, they were not available.

Ms Black: —had her implants in the mid-to late 1980s. So it's not long ago that she had hers.

You said that the situation with auto-immune disease and the follow up for mammography screening that other people have mentioned as being a problem with implants. . . I understand that one of the difficulties with mammography screening after an implant is that the machines commonly used for mammography today are so powerful that there's a danger of the screening itself damaging the device that has been implanted, and some surgeons are recommending that women who have implants be screened with a zero-base, the old technology that was first used on it.

Dr. Ismail: I'm unaware of that. I know there are special views needed, but I'm unaware that you're increasing the risk of radiation because—

Ms Black: Not radiation, but breaking or damaging the implant.

Dr. Ismail: That's why you need an experienced radiologist. I think the process of taking this special X-ray can create pressure on the prosthesis, and if the pressure is tremendous you can rupture the prosthesis.

Ms Black: I've been told that with the older machines, there isn't the same danger of that.

Dr. Ismail: I cannot comment on that.

• 1610

Ms Black: Have you had any patients, perhaps not patients you've put a prosthesis into but patients who have come to you when their implant has capsulated?

Dr. Ismail: Yes, I've seen some. I've operated on some.

Ms Black: Have you been removing prostheses put in by other physicians?

Dr. Ismail: Before the moratorium, we were removing the prosthesis, taking the capsule out and putting the prosthesis back in. But in addition, I was taking the prosthesis out, taking the capsule and putting the prosthesis retromuscular.

Ms Black: What is that?

Dr. Ismail: I would put the prosthesis behind the pectoralis major and close the muscles over it, because before they used to put it behind the muscle and leave it open. By a few movements, the prosthesis comes out gradually and it ends up subcutaneous like before, so you have to close the muscle over it.

Ms Black: One of the other concerns of women with implants who have contacted me is that they're encouraged not to go back to their plastic surgeon when they're having problems with them, but they're encouraged to go to a general surgeon. Do you have any evidence of that?

[Traduction]

Mme Black: La femme qui est venue me voir. . .

Dr Ismail: Auparavant, il n'existait aucune brochure d'information.

Mme Black: . . . s'est fait poser ses implants entre le milieu et la fin des années 80. Ce n'est donc pas très ancien.

Vous avez dit que le problème des maladies du système immunitaire et du suivi par mammographie de dépistage, dont d'autres ont dit que cela posait un problème par rapport aux implants. . . Si j'ai bien compris, lorsqu'on subit une mammographie de dépistage après la mise en place d'une prothèse, il y a un risque que le dépistage lui-même endommage la prothèse étant donné la puissance des machines de radiographie utilisées pour les mammographies à l'heure actuelle. Certains chirurgiens recommandent aux femmes qui ont des implants de subir un test de dépistage au moyen d'une machine à base zéro, soit l'ancienne technique que l'on utilisait au départ.

Dr Ismail: Je n'étais pas au courant. Je sais qu'il faut faire des radios sous certains angles précis, mais je ne savais pas que l'on augmentait les risques de radiation du fait. . .

Mme Black: Pas de radiation, mais de rupture ou d'endommagement de l'implant.

Dr Ismail: C'est pourquoi il faut avoir affaire à un radiologue chevronné. Pour faire des radiographies mammaires, il faut exercer une forte pression sur la prothèse et, si la pression est trop intense, on risque de faire éclater la prothèse.

Mme Black: D'après mes renseignements, les anciennes machines ne présentent pas les mêmes risques.

Dr Ismail: Je ne suis pas du tout au courant de cette question.

Mme Black: Avez-vous eu des patientes, pas nécessairement des femmes que vous aviez opérées à l'origine, mais des patientes qui sont venues vous voir après que leur prothèse mammaire se soit capsulée?

Dr Ismail: Oui, j'ai vu des cas de ce genre et j'ai fait des opérations pour y remédier.

Mme Black: Avez-vous enlevé des prothèses installées par d'autres médecins?

Dr Ismail: Avant le moratoire, nous enlevions la prothèse pour pouvoir retirer la capsule, après quoi nous remettions la prothèse en place. Mais en outre, moi, après avoir enlevé la prothèse et retiré la capsule, je remettais la prothèse en place en mode rétromusculaire.

Mme Black: C'est-à-dire?

Dr Ismail: J'installe la prothèse derrière le grand pectoral et je referme le muscle par-dessus. Auparavant, on avait coutume de ne pas refermer le muscle après avoir installé la prothèse. Il suffit de quelques mouvements pour que la prothèse ressorte graduellement et, en fin de compte, elle se retrouve en position sous-cutanée; il faut donc refermer le muscle par-dessus.

Mme Black: Parmi les femmes qui ont des prothèses mammaires et qui m'ont fait part de leurs préoccupations, il y en a qui m'ont dit qu'on les avait encouragées à ne pas retourner voir leur chirurgien plasticien lorsque des problèmes surgissaient, mais de s'adresser plutôt à un médecin de médecine générale. Êtes-vous au courant de cela?

[Text]

Dr. Ismail: If I were a patient, I would rather go to the surgeon who did it because he knows better.

Ms Black: What I'm saying is that they're referred by their plastic surgeon to a general surgeon. I've been told this.

Dr. Ismail: The plastic surgeon referred them to another?

Ms Black: For removal.

Dr. Ismail: I'm unaware of that.

Ms Black: I would ask you then what recommendations would you make to this committee on the issue of breast implants. We have a moratorium extended for another six months. From your testimony I take it you are not in favour of that moratorium, that you would prefer to be using the silicone breast implants now rather than the saline or the other much more complicated recommendations you made. So what recommendations would you make to this committee as we get into the stage of drafting our report?

Dr. Ismail: My basic recommendation is don't forget the other patients who would need the prosthesis badly.

Ms Black: And who are they?

Dr. Ismail: The ones I have mentioned: the ones with asymmetry, the ones with unilateral hydroplasia, the cancer patients, certain ladies who are completely flat-chested.

Ms Black: I understand that would be about 20% of the people who had been having implantation.

Dr. Ismail: I don't know the exact percentage, but in your decision I think you have to consider, as I mentioned to you, the alternatives. I am sorry if they were not clear. I could not show you slides of exactly what this surgery involves, because this is horrendous surgery—most of the other techniques from free flap, to the RAM flap, to the latissimus dorsi flap. So the alternatives are tough.

Ms Black: I interrupted you when you were going to make a comment about our society, and think I know the direction you were going to take. I wonder how you would react to this statement, that perhaps the societal pressures women face about beauty, and the myths around beauty, around their bodies and around how they should present themselves as women in our society, that improper attitude in society is further fed by your profession by some of the work you promote.

Dr. Ismail: Probably you're right, but I believe probably the fashion industry or the modelling industry feeds it more than we do.

Ms Black: I guess that's up for debate. Thanks, Doctor.

[Translation]

Dr Ismail: Si j'étais une patiente, je préférerais retourner voir le chirurgien qui a fait l'opération puisqu'il connaît le dossier.

Mme Black: Mais je dis précisément que ces femmes se sont fait dire par leur chirurgien plasticien de s'adresser à un simple médecin. C'est ce qu'on m'a dit.

Dr Ismail: Le chirurgien plasticien les a envoyées voir quelqu'un d'autre?

Mme Black: Pour faire retirer la prothèse.

Dr Ismail: Je n'en ai jamais entendu parler.

Mme Black: Je vais donc vous demander quelles recommandations vous avez à formuler au comité sur la question des prothèses mammaires. On a imposé un moratoire pendant encore six mois. D'après votre témoignage, je crois comprendre que vous n'êtes pas en faveur de ce moratoire, que vous préféreriez pouvoir continuer d'utiliser les prothèses mammaires à base de silicone au lieu des prothèses à solution saline ou d'autres solutions beaucoup plus complexes auxquelles vous avez fait allusion. Donc, quelles recommandations feriez-vous au comité au moment où nous nous attaquons à la rédaction de notre rapport?

Dr Ismail: Ma première recommandation est de ne pas oublier les autres patientes qui ont grandement besoin de cette prothèse.

Mme Black: Et qui sont-elles?

Dr Ismail: Celles que j'ai mentionnées: les femmes qui souffrent d'asymétrie, d'hydroplasie unilatérale, les cancéreuses, certaines femmes aussi qui ont la poitrine complètement plate.

Mme Black: Si je comprends bien, cela représente environ 20 p. 100 des personnes qui se sont fait installer des prothèses mammaires.

Dr Ismail: J'ignore le pourcentage exact, mais je crois qu'avant de prendre votre décision, vous devez tenir compte des diverses solutions de rechange que je vous ai énumérées. Si je n'ai pas été clair, je m'en excuse. Je ne peux pas vous montrer des diapositives pour vous expliquer exactement en quoi consiste cette chirurgie, mais croyez-moi, la plupart des autres techniques nécessitent des opérations épouvantables, qu'il s'agisse de la technique du lambeau libre, du lambeau à la Rand ou encore d'une opération mettant en cause le grand dorsal. Donc, toutes les autres solutions sont difficiles.

Mme Black: Je vous ai interrompu au moment où vous alliez faire une observation sur notre société. Or je crois savoir où vous vouliez en venir. Je vais vous faire un énoncé et j'attends votre réaction. Les pressions que la société exerce sur les femmes en matière de canons de beauté, ainsi que les mythes qui circulent au sujet de la beauté féminine, de la façon dont les femmes doivent se comporter en société à titre de femmes, peut-être votre profession contribue-t-elle à accentuer tout cela, notamment à cause des interventions que vous préconisez.

Dr Ismail: Vous avez probablement raison, mais je crois que l'industrie de la mode et des défilés de mode y contribue probablement bien davantage que nous.

Mme Black: Je suppose qu'on pourrait en discuter. Merci, docteur.

[Texte]

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): I could make a comment and say that Twiggy didn't do a bad job on dressing up her eyes. At any rate, you mentioned the saline implants occasionally do break and are absorbed into the body almost immediately. Can another one be put in almost immediately?

Dr. Ismail: Yes. If it collapses you can put it back immediately because removal is very simple. It's not complicated.

Mrs. Anderson: So as far as you're concerned, I gather you've said that is really quite a safe medical treatment.

Dr. Ismail: It's quite safe, but the capsule is still silicone. The envelope of the saline prosthesis is also silicone.

• 1615

While we are on the same theme, many other prostheses are covered with silicone. The needles diabetics use. . . a little dose of silicone is injected every day. So when we talk about macrophage absorption of silicone, we should not forget that wherever we are, there are cosmetics, and they're all full of silicone. These minute amounts that bleed from the prosthesis probably are equivalent to the cosmetics ladies use daily.

Mrs. Clancy: Except, if I may just break in, they're external. We're not taking silicone internally.

Dr. Ismail: You are aware that external can be absorbed internally?

Mrs. Clancy: Sure. But I'm also aware that I can put arsenic on my skin and it will look fine, but if I swallow it, it's not quite as good.

Dr. Ismail: That's different.

Mrs. Anderson: We were talking about a doubling of scleroderma. This has been noticed just in recent years, since implants?

Dr. Ismail: I don't think it has even been published. This is only what I heard in a conference, the American Society of Plastic Surgeons annual meeting in Seattle, last year, and it was in a debate. One rheumatologist from Florida has handled three cases with ladies who have breast prostheses, and he claimed that after the removal of the prostheses this scleroderma was cured up.

Mrs. Anderson: Really. That's interesting.

Roughly how long after surgery does this condition appear? Has that been recommended?

Dr. Ismail: Nobody knows.

Mrs. Anderson: I ask this because I have a very, very close friend who has scleroderma, and has had it for some time. She didn't have a breast implant, but she had an eye prosthesis.

[Traduction]

Mme Anderson (Simcoe-Centre): Je pourrais ajouter que Twiggy ne s'est pas trop mal débrouillée en se maquillant les yeux. Quoi qu'il en soit, vous avez fait allusion au fait que les prothèses à solution saline se rompent occasionnellement, la solution étant absorbée presque immédiatement par le corps. Peut-on alors en installer une autre immédiatement?

Dr Ismail: Oui. Si la prothèse s'effondre, on peut en remettre une autre immédiatement parce qu'il est très simple de l'enlever. Ce n'est pas compliqué.

Mme Anderson: Donc, à votre avis, c'est une intervention médicale tout à fait sûre.

Dr Ismail: Tout à fait, mais la capsule est toujours faite de silicone. L'enveloppe de la prothèse contenant la solution saline est faite de silicone.

Pendant que nous y sommes, je pourrais ajouter que beaucoup d'autres prothèses sont également recouvertes de silicone. Même les aiguilles qu'utilisent les diabétiques le sont. . . ils s'injectent chaque jour une dose minime de silicone. Par conséquent, quand on parle d'absorption macrophage de silicone, il ne faut pas oublier qu'il y a partout des produits de beauté qui contiennent tous beaucoup de silicone. La quantité minime qui s'échappe de la prothèse est probablement l'équivalent de l'absorption de silicone due aux produits de beauté que les femmes utilisent tous les jours.

Mme Clancy: Sauf que ces produits de beauté sont d'usage externe seulement, si je peux me permettre. Nous n'absorbons pas ce silicone dans notre système.

Dr Ismail: Vous n'ignorez pas que l'usage externe peut provoquer une absorption interne?

Mme Clancy: Bien sûr. Mais je sais également que je peux mettre de l'arsenic sur ma peau sans aucun problème, tandis que si je l'avale, ce n'est pas très bon.

Dr Ismail: Ce n'est pas la même chose.

Mme Anderson: On a dit que le nombre de cas de sclérodémie avait doublé. L'a-t-on remarqué ces dernières années, depuis que les prothèses mammaires se sont répandues?

Dr Ismail: Je crois que cela n'a même pas encore été publié. Je l'ai seulement entendu dire dans une conférence de la American Society of Plastic Surgeons. En fait, c'était à l'assemblée annuelle de cette organisation qui a eu lieu l'année dernière à Seattle. Il en a été question pendant un débat. Un rhumatologue de Floride s'était occupé de trois cas de femmes qui avaient eu des prothèses mammaires et il prétendait qu'après l'enlèvement des prothèses, cette sclérodémie avait été guérie.

Mme Anderson: Vraiment. C'est intéressant.

Combien de temps après l'opération cette maladie apparaît-elle? Existe-t-il des données là-dessus?

Dr Ismail: Personne ne le sait.

Mme Anderson: Je pose la question parce que j'ai une très bonne amie qui souffre de sclérodémie depuis un certain temps. Elle n'a pas de prothèse mammaire, mais par contre, elle a une prothèse oculaire.

[Text]

Dr. Ismail: Well, that's a silicone.

Mrs. Anderson: That's a silicone. Things are adding up. That's very interesting.

Dr. Ismail: That's a new question. We have modified our routines accordingly. My patients who come now complaining of pains and aches—lower back pains—and who have a breast prosthesis. . . I send them for a rheumatological evaluation. A year ago I never thought of it.

Mrs. Anderson: And you mention that in your case you have people well notified of what the after-effects might be.

Dr. Ismail: Of course.

Mrs. Anderson: Do they sign any document?

Dr. Ismail: In my office? No, we are not in the. . . We're still not 100% American, but it looks as if we are heading that way. I think that is going to make the practice of medicine here a little tougher than it used to be. The element of trust is going to be removed, and that is going to create a problem.

The Chairman: I have a couple of questions. Unfortunately I wasn't here for all of your presentation. You may have gone over this. Is there a recommended treatment, protocol, the plastic surgeon society has for these that would, for example, recommend against it for certain types of patients, such as those who have other medical problems?

Dr. Ismail: These are for what?

The Chairman: For the breast implants. For example, in one of the cases we had before us the woman was a diabetic, and obviously diabetics have healing problems. Is there anything to say certain types of people should not have breast implants, or to require that the surgeon perform the operation in a certain way? We had another person who talked about how there was a doctor in Vancouver who was making the incisions vertically as opposed to horizontally and this was having extremely damaging effects on his patients' muscles and so on. Is there something that's recommended?

Dr. Ismail: Of course. These things are all defined. It's all in the books. You know if you put a prosthesis in a chest that is irradiated you will run into problems. We don't recommend it.

The Chairman: Is something laid out for doctors that we could. . . ?

Dr. Ismail: It's written in the textbooks on plastic surgery; the general practice. These are guidelines—

The Chairman: So it is something that is taught at various universities—

Dr. Ismail: Of course.

The Chairman: —and probably this doctor didn't learn his lessons very well.

[Translation]

Dr Ismail: Oui, c'est également fait de silicone.

Mme Anderson: C'est en silicone. Un indice de plus. C'est donc très intéressant.

Dr Ismail: C'est un tout nouveau domaine. Nous avons modifié nos examens en conséquence. Quand l'une de mes patientes qui a une prothèse mammaire se plaint de douleurs, surtout dans la région lombaire, je l'envoie maintenant chez un rhumatologue. Il y a un an, je n'y aurais même pas pensé.

Mme Anderson: Et vous dites que chez vous, vos patientes sont bien averties des effets secondaires possibles.

Dr Ismail: Bien sûr.

Mme Anderson: Doivent-elles signer un document?

Dr Ismail: Chez moi? Non, nous ne sommes pas. . . Nous ne sommes pas encore Américains à 100 p. 100, mais on dirait bien que nous allons le devenir. Je pense que cela va rendre la pratique de la médecine un peu plus difficile. L'élément confiance va disparaître, ce qui va causer des problèmes.

La présidente: J'ai quelques questions à vous poser. Malheureusement, je n'ai pu entendre intégralement votre présentation. Vous en avez peut-être déjà parlé. Existe-t-il un traitement recommandé, ou plutôt l'Association des spécialistes en chirurgie plastique a-t-elle des critères applicables à ce type d'intervention pour certaines catégories de patientes, notamment celles qui souffrent d'autres problèmes médicaux?

Dr Ismail: De quelle intervention parlez-vous?

La présidente: Des prothèses mammaires. Par exemple, l'une des femmes qui ont comparu devant nous était diabétique. Or, il est évident que les diabétiques souffrent de problèmes de cicatrisation. Y a-t-il des lignes directrices quant aux catégories de personnes qui ne devraient pas recevoir de prothèse mammaire, ou bien exige-t-on que le chirurgien pratique l'opération d'une façon précise? Une autre personne nous a parlé d'un médecin de Vancouver qui fait des incisions verticales et non pas horizontales, ce qui est extrêmement dommageable pour les muscles de ces patientes. Y a-t-il une procédure recommandée?

Dr Ismail: Bien sûr. Tout cela est défini. C'est dans les livres. On sait que si l'on installe une prothèse dans une poitrine qui a été irradiée, on aura des problèmes. Nous ne le recommandons pas.

La présidente: Y a-t-il un document à l'intention des médecins que nous pourrions consulter?

Dr Ismail: C'est consigné dans les manuels scolaires de chirurgie plastique. C'est la pratique générale. Ce sont des directives. . .

La présidente: C'est donc enseigné à l'université?

Dr Ismail: Bien sûr.

La présidente: Le médecin en question n'avait donc probablement pas bien appris ses leçons.

[Texte]

[Traduction]

• 1620

Dr. Ismail: It is possible. I don't know.

The Chairman: He is studying the wrong way.

Dr. Ismail: I don't know the doctor and I don't know the case, so I cannot—

The Chairman: Yes.

I am just wondering whether that would be something that the association could reasonably undertake, to develop a summary of the recommended treatment and a kind of protocol, so that certain types of patients who were high risk for implants and so on would be carefully defined. Obviously not all doctors seem to be aware of this information.

Dr. Ismail: I don't know. I think most doctors should be aware of it. If they are not aware of it, there is something wrong.

The Chairman: We have had evidence before this committee that there are doctors who are not practising the way they should be. In fact, we had the director of the medical health protection branch who told us—I am not sure whether it was a public or private conversation—that you could have a complication rate of 35% with one doctor and 4% with another doctor. What does the consumer do in this situation? What protection is there for the consumer?

Dr. Ismail: You should ask this of the directors of medical schools, not of me, because if I have a complication—

The Chairman: Well, they're talking in the United States about "right to know" legislation, which in fact might require that the doctor tell the patient what his complication rate is, and that risk factors be defined and documents be provided, so that the consumer is in a position to at least be "buyer beware".

Dr. Ismail: The consumer is somewhat in a position to judge because most of the aesthetic cases that we receive in our offices are either referred by doctors or referred by friends who have been operated on by the same surgeon. The rate of complication is somewhat known. It is not defined exactly, but when a patient comes to your office, referred by another patient whom you operated on, that means that already she knows something about your technique, that it is acceptable, that—

The Chairman: That one patient was okay.

Dr. Ismail: That's right. No, no. I mean, one patient, it is true. But to come out with a rate of complication I don't believe is feasible for each surgeon.

The Chairman: Another one we had before us said that you wouldn't want to go to a doctor who had not done this operation before, or who had only done a few; that you would want to go to a doctor who had experienced.

Dr. Ismail: Absolutely. I can tell you if I had a rate of complication of 30% I would quit surgery. I would go and do something else, because I cannot cope with that. I wouldn't sleep at night with a 30% complication rate; even with 1% complication sometimes I cannot sleep at night. It is really a question of your ethics, how you face these patients. I know there are some people who don't have ethics. Then other means need to be applied.

Dr Ismail: C'est possible; je n'en sais rien.

La présidente: Il n'a pas bien étudié.

Dr Ismail: Je ne connais pas ce médecin, ni ce dossier. Je ne peux donc pas. . .

La présidente: Bien sûr.

Je me demande si l'association ne pourrait pas préparer un résumé des traitements recommandés, une sorte de protocole thérapeutique où l'on définirait soigneusement les traitements à proposer à certaines patientes. On y dirait par exemple que chez certaines, l'implantation présente un risque élevé. Manifestement, tous les médecins ne sont pas au courant.

Dr Ismail: Je ne sais pas. Je crois que tous les médecins doivent être au courant. Autrement, il y a quelque chose qui ne va pas.

La présidente: On nous a informés que certains médecins ne font pas leur travail comme ils le devraient. Par ailleurs, le directeur de la Direction générale de la protection de la santé nous a dit, en privé ou en public, je ne m'en souviens plus, que le taux de complication pouvait varier de 35 p.100 à 4 p. 100, selon les médecins. Que doit faire la consommatrice dans cette situation? Comment est-elle protégée?

Dr Ismail: Il faudrait poser cette question aux directeurs des écoles de médecine, pas à moi. Moi, si j'ai des complications. . .

La présidente: Aux Etats-Unis, on parle de lois sur le «droit de savoir». Il faudrait alors que le médecin dise à sa patiente quel est son taux de complications, que les facteurs de risque soient définis, que de la documentation soit fournie, afin que nous soyons des consommateurs avertis.

Dr Ismail: Le consommateur est en mesure de se faire une opinion car la majorité des clients en chirurgie esthétique nous sont envoyés par leur médecin ou par des amis qui ont été opérés par le même chirurgien. Le taux de complications est à peu près connu. Il n'est pas défini exactement. Si un de vos patients vous envoie un autre, ce dernier connaît votre technique et sait qu'elle est acceptable. . .

La présidente: Il sait en fait qu'un patient n'a pas eu de problème.

Dr Ismail: Oui. En fait, non, non. C'est vrai, on ne connaît que le cas d'un patient. Mais je ne crois pas qu'il soit possible de déterminer le taux de complication de chaque chirurgien.

La présidente: Un autre témoin nous a dit qu'il ne fallait pas aller voir un médecin qui n'a jamais fait cette opération, ou qui ne l'a fait que quelques fois, mais plutôt un médecin qui a de l'expérience.

Dr Ismail: Certainement. Par ailleurs, si j'avais un taux de complications de 30 p. 100, j'abandonnerais la chirurgie. Je ferais autre chose, je ne pourrais pas le supporter. Je ne dormirais plus. Même avec un taux de complications de 1 p. 100, j'ai parfois de la difficulté à dormir. Tout dépend de votre sens moral. Vous devez revoir ces patients. Je sais qu'il y a des gens qui n'ont aucun sens moral. Dans ces cas-là, il faut appliquer d'autres mesures.

[Text]

The Chairman: In the United States there is obviously a private insurance factor that is very important down there. In fact, the congressmen were being inundated with letters. A plastic surgeons' association in the United States had requested that their patients write to their congressmen, because they could very well end up with no health insurance if in fact the implants were banned.

In Canada we are facing a very different situation because obviously the complications are picked up by the public health insurance. What kinds of safety factors are there, or could we consider introducing in this society, to ensure that we are not in a situation in which the public taxpayer has to pick up huge amounts of money because of doctors' actions?

Dr. Ismail: Legislation can be put forward to protect, perhaps to ask the patients who have complications related directly to aesthetic surgery, not covered by health insurance. I think that is quite reasonable.

Mrs. Clancy: Are they now? Are the purely aesthetic covered by our system?

Dr. Ismail: Oh, yes, all complications are covered.

Mrs. Clancy: Oh, complications. But the purely aesthetic are not.

Dr. Ismail: No, the purely aesthetic are not covered.

• 1625

Mrs. Clancy: That's right.

The Chairman: So you would bill the health insurance plan for the complications from this cosmetic surgery.

Dr. Ismail: Yes, we do.

The Chairman: Do you think maybe you should have private insurance?

Mrs. Clancy: Oh, Madam Chair, give the doctor a break here. I don't think we're into this.

The Chairman: Well, that's what they have in the United States.

Mrs. Clancy: They have a lot of things in the United States, including 30% of the populace not covered by anything.

The Chairman: Yes, but we're in the situation in which we're cutting back on the health care plan.

Mrs. Clancy: I shall put a protest on that question on Dr. Ismail's behalf.

Dr. Ismail: I'm not in the process of recommending what sort of health insurance we will have. I'm in no position to do that.

Mrs. Clancy: This is important. Dr. Ismail, I appreciated it when you said that if you had a 30% complication rate, then you'd get out and do something else. Admittedly I am fortunate in that I live in a city that has Dalhousie University and teaching hospitals, etc., but surely, given the problems—and as lawyer I know them—of medical litigation and medical boards, etc., if somebody had a 30% complication rate, it would be pretty hard to slip through either the legal

[Translation]

La présidente: Aux Etats-Unis, il faut bien sûr tenir compte de l'assurance-maladie privée. C'est très important là-bas. D'ailleurs, les membres du Congrès ont reçu des tonnes de lettres. Une association de chirurgiens plasticiens a demandé à ses patients d'écrire à leurs représentants parce que si les implants étaient interdits, ils pourraient bien se retrouver sans assurance.

Au Canada, la situation est bien différente puisque les complications sont assurées par le régime public. Quelles garanties existent déjà ou pourraient être adoptées pour éviter que le contribuable ait à payer la note colossale qui découlerait des actions des médecins?

Dr Ismail: On pourrait adopter une loi pour nous protéger. Par exemple, l'assurance-santé pourrait ne pas couvrir les complications reliées directement à une chirurgie esthétique. Je pense que ce serait raisonnable.

Mme Clancy: Est-ce le cas actuellement? Est-ce que les interventions d'ordre purement esthétique sont assurées?

Dr Ismail: Oui, toutes les complications sont assurées.

Mme Clancy: Ah, les complications. Mais pas les interventions d'ordre purement esthétique.

Dr Ismail: Non, pas les interventions d'ordre purement esthétique.

Mme Clancy: C'est exact.

La présidente: On facturerait donc au régime public d'assurance santé les complications résultant d'une chirurgie esthétique.

Dr Ismail: Oui, c'est ce que nous faisons.

La présidente: Pensez-vous qu'il faudrait une assurance privée?

Mme Clancy: Madame la présidente, je ne pense pas que le docteur ait à répondre à cette question!

La présidente: Eh bien, c'est ce qui se passe aux Etats-Unis.

Mme Clancy: Il s'en passe bien des choses aux Etats-Unis. Entre autre, 30 p. 100 de la population n'est pas assuré du tout.

La présidente: Oui, mais ici, on réduit les fonds du régime de soins de santé.

Mme Clancy: Au nom du Dr Ismail, je m'oppose à ce que cette question soit posée.

Dr Ismail: Ce n'est pas à moi de recommander le type d'assurance-santé que nous devrions avoir. Je ne suis pas en mesure de le faire.

Mme Clancy: Parlons d'une chose importante. Docteur Ismail, je vous sais gré de dire qu'avec un taux de complications de 30 p. 100, vous abandonneriez la chirurgie et passeriez à autre chose. J'ai la chance de vivre dans une ville où se trouve l'Université Dalhousie et des hôpitaux-universitaires. Etant donné la quantité de poursuites intentées contre des médecins et des conseils d'administration d'établissements de santé, et à titre d'avocate, je sais qu'il y

[Texte]

or the ethical rings without somebody coming and saying that the person is really fouling up on this. Is that not true?

Dr. Ismail: Nowadays you're probably right. A few years ago, probably no. In other words, a few years ago probably you could have slipped by.

Mrs. Clancy: But I was talking about medical litigation.

The Chairman: We do have all these women who are currently in litigation and in fact are coming to us.

Mrs. Clancy: I'm not denying that. I'm not specifically referring to this. I'm talking about how a 30% complication rate would be highly unlikely without some ramification of a lawsuit. Given the number of surgeons with very low complication rates, we're getting sued these days. Somebody with a 30%—

Dr. Ismail: I mentioned 30% just of the top of my head. I don't mean 30%.

Mrs. Clancy: Well, 35% was mentioned. I can't believe my colleagues in the legal profession are letting that go by, that's all.

Ms Black: Or the CMA.

Mrs. Clancy: That's right.

The Chairman: I guess the CMA is the one that's supposed to be...

Thank you very much for coming. We appreciate getting you on the record. We'll certainly make good use of your presentation.

• 1630

I would like to welcome Dr. Sterns to the committee. Dr. Sterns, I was pleased to read your letter to the editor in *The Globe and Mail*. I thought immediately that this is someone we should have before this committee, so I am delighted that you were able to come.

If you would like to make your presentation, I'm sure the committee will be very interested in what you have to say.

Dr. E.E. Sterns (Professor of Surgery, Queen's University Medical School): Thank you very much, Madam Chair and members of the committee. I didn't realize how easy it was to get to a committee meeting just by writing a letter to the *Globe*.

I want to make a very brief statement and leave lots of time for questions. I hope that some of my statements will be slightly provocative.

I've been on the faculty at Queen's since 1964, and my research has been into the mechanism by which cancer spreads, into methods of diagnosis of breast problems, and most recently into the identification of characteristics that will allow us to determine how cancer cells behave.

In 1976 I started the Kingston General Hospital regional breast screening clinic. My clinical work is entirely in cancer, and 90% of it deals with cancer of the breast.

[Traduction]

en a beaucoup, si un médecin avait un taux de complications de 30 p. 100, il ne pourrait pas s'en tirer facilement. Que ce soit du point de vue juridique ou déontologique, il se trouverait certainement quelqu'un pour lui en faire le reproche, non?

Dr Ismail: C'est probablement vrai, de nos jours, mais ce n'était pas le cas il y a quelques années. Autrement dit, autrefois, on aurait pu s'en tirer.

Mme Clancy: Mais je parle de poursuites contre des médecins.

La présidente: Beaucoup de femmes ont entamé des poursuites et ont communiqué avec nous.

Mme Clancy: Je ne le nie pas. Ce n'est pas mon propos. Je dis simplement qu'un taux de complications de 30 p.100 serait peu probable, sans provoquer de poursuites. Même si beaucoup de chirurgiens ont des taux de complications très faibles, il y a des poursuites. Avec un taux de 30 p. 100. . .

Dr Ismail: J'ai dit 30 p. 100 spontanément. Je ne pensais pas vraiment à 30 p. 100.

Mme Clancy: On a aussi donné le chiffre de 35 p. 100. Je ne crois pas que mes collègues avocats laisseraient quelqu'un s'en tirer ainsi. C'est tout.

Mme Black: L'AMC interviendrait aussi.

Mme Clancy: C'est vrai.

La présidente: J'imagine que c'est l'AMC qui est censée. . .

Merci d'être venu et merci pour vos déclarations. Votre témoignage nous sera certainement utile.

Souhaitons maintenant la bienvenue au docteur Sterns. Docteur Sterns, j'ai été ravie de lire votre lettre dans le *Globe and Mail*. J'ai immédiatement pensé qu'il faudrait vous inviter au comité et je suis donc très contente de vous voir ici aujourd'hui.

Si vous voulez maintenant prendre la parole, je suis convaincue que le comité s'intéressera beaucoup à vos déclarations.

Dr E.E. Sterns (professeur de chirurgie, École de médecine de l'Université Queen's): Merci beaucoup, madame la présidente et membres du comité. Je ne pensais pas qu'il suffisait d'écrire une lettre au *Globe and Mail* pour être reçu au comité.

Je vais faire une brève déclaration afin qu'il reste beaucoup de temps pour les questions. J'espère que certaines de mes déclarations susciteront des réactions.

J'enseigne à l'Université Queen's depuis 1964. Mes recherches ont porté sur les mécanismes de dissémination du cancer, sur les méthodes de diagnostic des maladies du sein et, plus récemment, sur les caractéristiques qui nous permettront de suivre le comportement des cellules cancéreuses.

En 1976, j'ai mis sur pied la clinique régionale de dépistage du cancer du sein à l'Hôpital général de Kingston. Mon travail clinique porte uniquement sur le cancer et à 90 p. 100 sur le cancer du sein.

[Text]

I've read the transcripts, and I would like to comment on some of the problems that were brought up during the hearings and deal with them from my perspective.

I realize we can't solve all the problems, but we can certainly contribute to the rationality in this complex area by education. That means by education of physicians, patients, and the public in general.

In many ways we've led the public to expect miracles, and conveyed the impression that progress in cancer diagnosis and treatment was more advanced than it really is.

Some drugs have been developed that allow us to treat previously incurable cancers, but we are still relatively in the Dark Ages when it comes to understanding the mechanism by which cancer cells behave.

Slogans like the Canadian Cancer Society's "Cancer Can be Cured" or "Cancer can be Beaten" may be interpreted, particularly by the vulnerable patient in whom the diagnosis has just been made, that her cancer can be cured. The gap between what is expected and what is realistic is wide.

Disappointment leads to anger, fear, and distrust. As a profession, I don't think we've been very effective in communicating the information about the very many diseases that together we refer to as cancer.

From the transcripts, I am not sure the members of this committee have been given sufficient information to understand the complex biology of this disease and to understand the difficulty in its diagnosis and treatment.

Physicians are not necessarily sophisticated in all aspects of cancer management. One of the best examples is the confusion about the value and limitations of mammography.

There is tremendous confusion about the role of lumpectomy in the treatment of breast cancer. Some patients are obviously not candidates for this form of treatment. But to the patient, in whom the diagnosis is made, who has read the lay literature indicating that mastectomy is a form of barbarism, may be completely confused by the advice she is getting from her physician, and immediately suspects that physician.

There are few, if any, diseases that carry with them such passionate and emotional reactions. The factor that influences the ability of the patient to make rational decisions at a time of crisis, if this is combined with suspicion of the physician, that patient is really in turmoil.

I recognize from the transcripts that this committee is interested in the regional use of lumpectomy versus mastectomy, so to reassure you, in our centre, at the Kingston General Hospital, the rate of lumpectomy has risen from 5% to 53% from 1979 to 1990.

But there is an even more dramatic and horrible statistic. I can tell you that 8% of the patients we see present with cancers that are so advanced that no form of surgery is possible at all. Inadvertently, we frighten a large number of women.

When the media deals with breast cancer, they almost invariably portray a young woman. Only 25% of breast cancers are diagnosed in women under the age of 50, and only 7% in women under the age of 40. Yet it's the young

[Translation]

J'ai lu les transcriptions de vos délibérations et j'aimerais vous présenter mon point de vue sur les problèmes soulevés pendant vos audiences.

Je sais qu'on ne pourra pas régler tous les problèmes mais nous pouvons certainement contribuer à simplifier les choses dans ce domaine très complexe grâce à l'éducation. Il vaut mieux renseigner les médecins, les patientes et le public.

A bien des égards, on a encouragé le public à s'attendre à des miracles. On a exagéré les progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement du cancer.

Des médicaments ont été mis au point pour traiter des cancers autrefois incurables. Mais quand il s'agit de comprendre les mécanismes du comportement des cellules cancéreuses, nous n'en sommes qu'aux balbutiements.

Les patients à qui on vient d'annoncer un diagnostic sont très vulnérables. En entendant les slogans de la Société canadienne du cancer selon lesquels on peut vaincre le cancer ou en guérir, ils peuvent croire que leur guérison est possible. Il y a un écart immense entre les attentes et la réalité.

Après la déception viennent la colère, la peur et la méfiance. Les médecins n'ont pas bien renseigné le public sur les diverses maladies que nous et appelons cancer.

À la lecture des transcriptions, je doute que les membres du comité aient reçu suffisamment de renseignements sur la biologie complexe de cette maladie et sur la difficulté de la diagnostiquer et de la traiter.

Les médecins ne sont pas nécessairement au courant de tous les aspects du traitement du cancer. L'un des meilleurs exemples, c'est la confusion qui règne au sujet de la valeur et des limites de la mammographie.

Il y a aussi beaucoup de confusion au sujet du rôle de la tumorectomie dans le traitement du cancer du sein. Chez certaines patientes, ce n'est certainement pas la solution. Mais la patiente qui vient de prendre connaissance du diagnostic et qui a lu des articles de vulgarisation selon lesquels la mastectomie est une forme de barbarisme va certainement être troublée par les conseils que lui donne son médecin. Elle va immédiatement se défier de lui.

Il existe peu ou pas de maladies qui suscitent des réactions aussi passionnées et émotives. Il est donc difficile pour la patiente de prendre une décision rationnelle. Elle est en crise. Si en plus elle doute de son médecin, elle sera complètement bouleversée.

J'ai vu dans les transcriptions que votre comité s'intéressait à l'utilisation régionale de la tumorectomie par rapport à la mastectomie. Je vais vous rassurer: dans notre centre, à l'Hôpital général de Kingston, le taux de tumorectomie est passé de 5 p. 100 à 53 p. 100, de 1979 à 1990.

Mais il y a une statistique encore plus grave et plus horrible. Chez 8 p. 100 des patientes présentant un cancer, la maladie est si avancée que la chirurgie n'est plus possible. Sans le vouloir, nous effrayons beaucoup de femmes.

Quand les médias parlent de cancer du sein, ils présentent presque toujours le cas de jeunes femmes. Seulement 25 p. 100 des cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans, et seulement 7 p. 100

[Texte]

women who have been made most apprehensive about this condition. At the other extreme, older women labour under the misapprehension that breast cancer risks stop at menopause, when the opposite is the case.

• 1635

There seems to be confusion about screening. Screening is defined as the evaluation of an asymptomatic population at risk for a disease. Separately funded, specifically dedicated screening programs would be unnecessary if family physicians examined the patients and referred for mammography patients whose age and special circumstances made them vulnerable.

The objective of evaluating an asymptomatic, clinically normal woman is to discover a cancer before it can be detected by physical examination either by the physician or by the patient herself. But many people confuse the significance of small and early. A small cancer can be aggressive. Between 20% and 30% of asymptomatic women whose cancer is discovered by a mammographic abnormality already have lymph node involvement. Although this is less likely with a small than a large cancer, the association between tumour size and tumour behaviour is far from absolute.

Mammography is the most reliable method of diagnosis of the breast that we now have available. But it is not perfect and the proficiency of radiologists who interpret the films is variable. The majority of mammographic abnormalities are not due to cancer, but being told that an abnormality exists is a cause of significant concern for the patient.

In fact, only between 10% and 35% of mammographic abnormalities for which a biopsy is necessary turn out to be malignant. The reason for this discrepancy is the variable diagnostic skills of the radiologist and the philosophy of the surgeon recommending the biopsy. Some surgeons feel that any mammographic abnormality should be biopsied, while others reserve biopsy for those in which the possibility of cancer is reasonable.

Now, to illustrate why we are not perfect in our planning, I would like to refer to the Ontario breast screening program, which started in 1991. A number of regional centers were established, as you know, because you've had the people responsible here. The examinations performed were physical examinations and mammography for women between 50 and 70.

The program was planned and funded only for those services. What was not considered were the facilities required to handle the problems that were identified by screening. At the same time that the program was initiated the hospitals were facing financial cutbacks.

Plans did not take into consideration the special mammographic examinations required to deal with the problems found by mammography, nor did they deal with the space and operating time necessary to deal with the problems, nor was there any selection of radiologists and surgeons who had the skills to deal with them. What the ministry essentially said was: we'll find you a lot of problems and you in the community will have to deal with them under the

[Traduction]

chez des femmes de moins de 40 ans. C'est pourtant chez les jeunes femmes que l'on a le plus fait craindre la maladie. À l'autre extrême, les femmes plus âgées croient à tort que les risques de cancer du sein disparaissent après la ménopause, alors que c'est tout le contraire.

Il existe également une certaine confusion au sujet du dépistage. Le dépistage sert à évaluer l'incidence d'une maladie dans une population asymptomatique. Ces programmes particuliers, financés séparément, seraient inutiles si les omnipraticiens examinaient leurs patientes et faisaient passer des mammographies à celles dont l'âge ou certaines caractéristiques les rendent particulièrement vulnérables.

L'objectif de l'évaluation d'une femme cliniquement normale, asymptomatique, est de dépister le cancer avant qu'il ne soit détecté par un examen physique effectué par le médecin ou par la patiente. Beaucoup de gens ne font pas la distinction entre la taille du cancer et son âge. Un petit cancer peut être très agressif. Chez 20 p. 100 à 30 p. 100 des femmes asymptomatiques dont le cancer est diagnostiqué par mammographie, les ganglions lymphatiques sont déjà atteints. Ceci se produit moins souvent avec un petit cancer qu'avec un gros, mais il n'y a pas de lien absolu entre la taille de la tumeur et son comportement.

La mammographie est actuellement la méthode de diagnostic la plus fiable pour le cancer du sein. Elle n'est toutefois pas parfaite et la compétence des radiologues dans l'interprétation des résultats est variable. La majorité des anomalies mammographiques ne sont pas cancéreuses. Mais l'existence d'une telle anomalie est toutefois très inquiétante pour la patiente.

En fait, seulement 10 à 35 p. 100 des anomalies faisant l'objet d'une biopsie sont malignes. La raison de cet écart tient aux compétences variables des radiologues en matière de diagnostic et de la philosophie des chirurgiens prescrivant la biopsie. Certains chirurgiens croient en effet que toute anomalie diagnostiquée à la mammographie doit faire l'objet d'une biopsie, tandis que d'autres réservent la biopsie aux cas où le risque de cancer est raisonnable.

Pour illustrer l'imperfection de notre planification, je vais vous parler du programme ontarien de dépistage du cancer du sein, mis sur pied en 1991. Quelques centres régionaux ont été créés comme vous l'ont dit les responsables. On y faisait des examens et des mammographies de femmes âgées entre 50 et 70 ans.

Le programme n'avait reçu des fonds que pour ces services. On n'avait pas prévu de services ultérieurs pour les problèmes dépistés. Au moment même de la création du programme, les budgets des hôpitaux ont été réduits.

Le programme ne comprenait pas les mammographies spéciales, nécessaires pour s'occuper des problèmes dépistés par la mammographie initiale. On n'avait pas non plus penser au temps d'opération ou à l'espace nécessaires pour traiter les problèmes. On n'avait pas choisi de radiologues ni de chirurgiens ayant les compétences nécessaires. Essentiellement, le ministère disait: Nous allons trouver beaucoup de problèmes et vous, la collectivité, devrez les

[Text]

existing restrictions. That may be politically sound, but it doesn't make any economic or medical sense to me.

One cannot help but be impressed by the depositions made to your committee by the volunteer organizations. However, it is sad that there is no effort to co-ordinate these groups and make known the services that they provide. Most physicians are unaware that they exist. There is also some danger that the solicitation of funds by so many groups will lessen, rather than augment, the research money that is available.

My own experience in attempting to volunteer my services and find out what was being done by the Canadian Breast Cancer Foundation was very frustrating indeed.

Research is crucial. Dr. David Beatty outlined the mechanisms used by the National Cancer Institute to fund projects. What is being done is truly impressive. However, there are no specific priorities for breast cancer and unlike AIDS it has not been selected for special attention. It is of sufficient magnitude that it should be and this committee could do much to promote that concept.

There is a tendency to fund research that can be immediately translated into cancer management. In many ways this is unfortunate, because understanding the behaviour of cancer must proceed any application. It sometimes takes a decade before basic biological research finds its way into patient care. But it is only with the knowledge of how cancer cells behave that we can develop the diagnostic tests and devise drugs that are effective in their treatment.

During these hearings many questions were raised as to why there was so little research into the cause of breast cancer. Clearly more genetic work is necessary.

• 1640

In Canada, important work has been done in discovering the gene for cystic fibrosis and it is clear that the reason this experimental work was successful was that there was a tremendous fundraising organization for that condition. There isn't any such organization for breast cancer and there should be.

We also need to know more about the effect of the use of estrogens in post-menopausal women on the breast and on breast cancer. With thousands of women being placed on hormone replacement therapy we need to have epidemiologic surveillance. There are also reports that long-term use of tamoxifen results in uterine cancer and we have to be careful we don't replace one cancer with another.

We cannot ignore the fact that women who never become pregnant or who begin childbearing after 30 increase their risk for breast cancer. No legislation can counterbalance this biologic fact, but legislation can make it easier for a woman to have her children in her 20s and still not suffer a career setback.

Ms Black: Right on.

[Translation]

régler malgré les restrictions. C'est peut-être politiquement correct, mais ça n'a aucun sens du point de vue économique ou médical, à mon avis.

On ne peut faire autrement qu'être impressionnés par les témoignages des organismes bénévoles que vous avez reçus. Malheureusement, il semble qu'aucun effort n'ait été fait pour coordonner leur travail et faire connaître leurs services. La plupart des médecins ignorent leur existence. Par ailleurs, on peut craindre que les campagnes de fonds de groupes si nombreux vont réduire plutôt qu'augmenter les fonds disponibles pour la recherche.

Personnellement, j'ai été très frustré quand j'ai voulu en savoir un peu plus au sujet de la Canadian Breast Cancer Foundation et lui offrir mes services.

La recherche est cruciale. Le docteur David Beatty a parlé des mécanismes de financement des projets du National Cancer Institute. Ce qui se fait est réellement impressionnant. Il n'y a toutefois pas de priorité spéciale accordée au cancer du sein. Contrairement au sida, ce n'est pas une maladie qui reçoit une attention particulière. Son incidence le justifierait pourtant et votre comité devrait en faire la promotion.

On a tendance à financer la recherche dont les résultats peuvent servir immédiatement au traitement du cancer. A bien des égards, c'est fort dommage car la compréhension de l'évolution du cancer précède toute application. Il faut parfois une décennie avant que la recherche de base en biologie trouve une application thérapeutique. Mais ce n'est qu'en connaissant mieux le comportement des cellules cancéreuses que nous pourrions mettre au point des tests diagnostiques et des médicaments efficaces.

Pendant vos audiences, on s'est beaucoup demandé pourquoi il y avait si peu de recherches sur les causes du cancer du sein. Il est clair qu'il faut davantage de recherches en génétique.

Au Canada, on a fait un travail très important pour aboutir à la découverte du gène responsable de la fibrose kystique et manifestement, si ces recherches expérimentales ont eu une issue heureuse, c'est grâce à une extraordinaire organisation qui s'est occupée de lever des fonds. Il n'existe aucune organisation comparable pour le cancer du sein, et il devrait y en avoir une.

Il faut également que nous connaissions mieux les effets sur le sein et le cancer du sein des estrogènes que prennent les femmes post-ménopausées. Comme des milliers de femmes suivent une hormonothérapie substitutive, il faudrait faire une surveillance épidémiologique. Selon certains rapports, l'usage à long terme du tamoxifène cause le cancer de l'utérus; or, il ne faut pas remplacer un cancer par un autre.

Il ne faut pas non plus ignorer le fait que les femmes qui n'ont jamais été enceintes ou qui ont eu leur première grossesse après l'âge de trente ans augmentent leur risque d'avoir le cancer du sein. Aucune loi ne peut faire contre-poids à ce facteur biologique, mais l'on pourrait légiférer pour permettre aux femmes d'avoir leurs enfants dans la vingtaine sans que leur carrière en souffre.

Mme Black: Bravo!

[Texte]

Mrs. Clancy: Well said.

Dr. Sterns: We can also do something to help economically those women who are forced to contribute to family upkeep. That's not so subtle a suggestion in these economically difficult times.

The pharmaceutical industry profits from the manufacture of drugs and biologicals used in breast cancer and, counter to its newspaper and television ads, its contribution to research is disgraceful. If only a small proportion of the moneys the industry spends on advertising was diverted to research we would be light-years ahead.

Only a small percentage of applicants to the Medical Research Council of the National Cancer Institute are funded. The quality of many rejected applications is high, but the available funds are insufficient to support all meritorious applications.

Given the magnitude of the breast cancer problem and the way in which government and private money is spent, sometimes frivolously, this is an unfortunate situation that can and must be corrected.

Research is vital. It does more than add to the body of information. It vitalizes the medical community and, hopefully, stimulates bright young people to engage in scientific pursuits rather than fall easily into a more lucrative field of clinical practice.

Finally, I want to discuss the comments made during these hearings relative to the appropriateness of breast cancer treatment by male and female physicians. Surely, this area is too important to consider the doctor's sex. The doctor most interested, best trained, and most sympathetic should be the one who treats the patient, regardless of whether that doctor is male or female.

Thank you very much.

The Chairman: But look at our committee; we haven't any men who are interested in women's issues.

Mrs. Clancy: Dr. Sterns, thank you very much for your presentation and for your comments. I can only tell you that my colleague from the New Democratic Party told me at one point that she liked this guy and I said I did, too, so be aware of that.

With regard to the male-female aspect in surgery and breast cancer, I can assure you that a member of my family, who happens to be male, also happens to be a surgeon who does a great deal of surgery for breast cancer. If anybody said that around him, they'd get a good clout to the side of the head.

You talked about the whole question of mammography and particularly the question of cancer of the breast being a much higher risk for post-menopausal women. What would be your own theory on regular mammography for pre-menopausal women? I think I've asked every doctor who has been at this table the same question.

[Traduction]

Mme Clancy: Très juste!

Dr Sterns: Nous pouvons aussi faire quelque chose pour aider financièrement celles qui sont obligées de contribuer à faire vivre la famille, ce qui n'est pas évident, étant donné la conjoncture économique actuelle.

L'industrie pharmaceutique tire des profits de la fabrication des médicaments et des produits biologiques qui servent à traiter le cancer du sein, et entraînement à sa publicité dans les journaux et à la télévision, sa contribution à la recherche est scandaleusement limitée. Si seulement une faible proportion de l'argent qu'elle consacre à la publicité servait plutôt à la recherche, nous aurions des années-lumière d'avance.

Un faible pourcentage seulement de ceux qui présentent une demande au Conseil de recherche médicale de l'Institut national du cancer reçoivent une subvention. Bon nombre des demandes rejetées sont excellentes, mais il n'y a pas suffisamment de fonds pour financer toutes les demandes méritoires.

Étant donné la prévalence du cancer du sein et la façon dont le gouvernement et l'entreprise privée dépensent leur argent, parfois pour des frivolités, c'est une situation bien malheureuse qui doit et peut être corrigée.

La recherche est vitale. Elle ne fait pas que grossir le bassin des connaissances. Elle dynamise le monde médical et incite, nous l'espérons, des jeunes gens brillants à se lancer dans la recherche scientifique plutôt que dans le secteur plus lucratif de la médecine clinique.

Enfin, je veux commenter ce qui a été dit durant les audiences au sujet de l'opportunité de faire traiter le cancer du sein par des hommes ou des femmes médecins. C'est une maladie trop grave pour que le sexe du médecin importe. Celui qui traitera la patiente doit être le médecin le plus intéressé, le mieux formé et le plus compatissant, qu'il soit un homme ou une femme.

Je vous remercie beaucoup.

La présidente: Regardez la composition de notre comité; aucun homme ne s'intéresse aux questions des femmes.

Mme Clancy: Docteur Sterns, je vous remercie beaucoup de cet exposé et de vos commentaires. Sachez que ma collègue du Nouveau parti démocratique m'a dit à un moment donné qu'elle vous aimait bien, ce à quoi j'ai répondu : «moi aussi». Tenez vous le pour dit.

Pour ce qui est de l'importance d'être homme ou femme pour traiter le cancer du sein, je vous assure qu'un membre de ma famille, qui s'adonne être un homme, est chirurgien et fait beaucoup d'opérations de cancers du sein. Si jamais quelqu'un tenait de tels propos devant lui, vous pouvez être certain qu'il recevrait une bonne taloche.

Vous avez parlé de toute la question de la mammographie, notamment du fait que les femmes post-ménopausées ont beaucoup plus de risques que les autres d'avoir un cancer du sein. Que pensez-vous personnellement d'une mammographie périodique pour les femmes non ménauposées? Je pose la question à tous les médecins qui comparaissent.

[Text]

Dr. Sterns: I know that you know of the difficulty in young women due to the density of the breast. Our policy has been to mammographically screen young women who are at higher than average risk: those with a strong family history or other predisposing features.

We still have to weigh the balances. There is a huge population of women under the age of 50 and screening all isn't economically possible. Medically, it is still unclear. So I don't think it's feasible to test the population holus-bolus, but I think it is important to do so selectively.

• 1645

Mrs. Clancy: You may not know the answer to this. It just appears to me, and again I haven't talked to the researcher or anybody about this, that we have a bit of a divergence east and west on this theory. Have you noticed that? It may well just be a feeling. It seems to me that doctors coming from western Canada tend to be more interested in seeing that holus-bolus, if you will, mammography, whereas doctors from Montreal, from Ontario and Quebec... When I talked to doctors in my own riding, the response has been, let's deal with the post-menopausal woman who is at high risk. That's probably not a fair question. I'll withdraw if you want.

Dr. Sterns: I think you should withdraw it.

Mrs. Clancy: I'll withdraw.

Dr. Sterns: We don't have an answer. Mammography is important, selectively. I'm very upset about the unthinking use of mammography in very young women who present symptoms or signs that are clearly unrelated to significant breast problems as a method of establishing a diagnosis. It does not do that. It adds to the cost. It inflicts a lot of things on patients and it serves no purpose.

Mrs. Clancy: I also liked what you said about the co-ordination of voluntary groups and the fundraising. As a professor of surgery, right now, what's your feeling about the state of grants for research in the area of breast cancer in particular?

Dr. Sterns: Earlier this year for another project I tried to assess exactly what proportion of money went to breast cancer research. I found that from National Health and Welfare, from the Medical Research Council and NCI, I couldn't get the specific information.

Ms Black: Welcome to the club.

Dr. Sterns: I noticed from the transcript that you were in the same... In the age of computerization, I find that an incredible lack of organization. In a country where our resources are already so scattered, this is unconscionable. The money is scarce and we have to know where it goes and what it is used for. I think this committee should do something about that.

Ms Black: We intend to.

[Translation]

Dr Sterns: Vous savez, j'en suis certain, qu'il est difficile de diagnostiquer le cancer chez les femmes jeunes à cause de la densité de la glande mammaire. Nous avons pour politique de faire passer un mammographie aux jeunes femmes qui sont plus à risque que la moyenne : celles qui ont d'importants antécédents familiaux ou d'autres facteurs prédisposants.

Nous devons tout de même peser le pour et le contre. Étant donné le grand nombre de femmes qui ont moins de 50 ans, nous n'avons pas les moyens de toutes leur faire passer l'examen. Du point de vue médical, l'utilité de cette méthode diagnostique n'est pas confirmée. Je ne crois pas qu'il soit réaliste de faire passer une mammographie à toutes les femmes, mais pour certaines, cela peut être important.

Mme Clancy: Je vais vous poser une question dont vous ignorez peut-être la réponse. J'ai l'impression—et j'en ai discuté avec l'attachée de recherche et plusieurs autres—que la théorie diffère selon qu'on habite dans l'est ou dans l'ouest du pays. Avez-vous remarqué la même chose? C'est peut-être une impression personnelle. J'ai le sentiment que les médecins de l'ouest du Canada ont plus souvent tendance à faire passer tous les examens, notamment la mammographie, alors que ceux de Montréal, de l'Ontario et du Québec... J'en ai discuté avec des médecins de ma circonscription et ils m'ont répondu qu'il valait mieux s'occuper des femmes post-ménopausées qui étaient plus à risque. Je ne devrais pas vous poser la question. Si vous voulez, je peux la retirer.

Dr Sterns: Je crois que vous devriez la retirer.

Mme Clancy: Je retire ma question.

Dr Sterns: Nous n'avons pas trouvé la réponse. La mammographie est importante, pour certaines. Je trouve épouvantable qu'on utilise la mammographie sans raison pour de très jeunes femmes dont les symptômes n'ont très nettement rien à voir avec des problèmes graves, uniquement dans le but d'établir un diagnostic. Ce n'est pas la raison d'être de la mammographie. De plus, elle coûte cher et elle inflige aux patientes tout sorte de choses et elle n'est d'aucune utilité.

Mme Clancy: J'ai bien apprécié ce que vous avez dit au sujet de la coordination des organismes bénévoles et des levées de fonds. Étant professeur de chirurgie, que pensez-vous de l'octroi de subventions pour la recherche sur le cancer du sein?

Dr Sterns: Un peu plus tôt cette année, pour un autre projet, j'ai tenté de déterminer quelle proportion de l'argent servait à la recherche sur le cancer du sein. J'ai alors appris que ni Santé nationale et Bien-être social Canada, ni le Conseil de recherche médicale, ni l'Institut national du cancer n'avaient ces renseignements.

Mme Black: Vous n'êtes pas le seul.

Dr Sterns: En lisant la transcription de vos délibérations, je me suis rendu compte que vous aviez eu la même expérience... À l'ère de l'informatique, voilà le signe d'une désorganisation inouïe. Dans un pays où nos ressources sont déjà si éparpillées, c'est inadmissible. L'argent est rare et il faut savoir à qui il est donné et à quoi il sert. Je crois que le comité devrait y voir.

Mme Black: C'est bien notre intention.

[Texte]

Mrs. Clancy: We'll do our best.

Something that has troubled me very much is the whole idea of tamoxifen, trading one form of cancer for another. I did not ask Dr. Margolese this question when he was before the committee. I am wondering if you are aware whether or not Cancer 2000 in its studies in tamoxifen is doing...?

Dr. Sterns: No. It's the NSABP, the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project that works out of Pittsburgh, with which he is associated, and with which a large number of Canadian centres are associated. You have probably read the reports in the lay press about the large study. It's an interesting study. I think it's a question that has to be answered. But, like any other drug we don't know what the effects are. Like every drug there are going to be positive and negative effects. I worry far more about the indiscriminate use of estrogen.

Mrs. Clancy: That was going to be my next question. When you say you worry about the use of estrogen, I happen to know someone very well who's on estrogen, the patch, right now. I worry about her thinking about that, and I worry about myself in five years or ten years or whatever it might be. Do we have any solid research in this area at all?

Dr. Sterns: There are case control studies and there are epidemiologic studies. There are very great difficulties with all of these studies, because it involves a tremendous population that has to be examined. As you well know, a lot of people don't even know what they're on. They don't know the drug strength. They don't know the drug type. These have changed over the years, and there are going to be subgroups.

The thing that concerns me is that while estrogen may be extremely helpful for the majority of women, there's going to be a subgroup that is very susceptible. In that group we're going to see problems with malignancy developing, but we don't know what that subgroup is.

Mrs. Clancy: Would you advise your wife to take estrogen therapy?

Dr. Sterns: My wife leads a very healthy existence. She eats well. She exercises and she doesn't take estrogen at the moment, but that's her decision.

Mrs. Clancy: I understand. That's okay. Don't worry. We understood that you knew that.

Ms Black: Dr. Sterns, I also want to welcome you to the committee. I really appreciated your testimony. I tried to write down a number of things that you mentioned.

• 1650

The 8% figure you gave us for women who present with breast cancer and find by that time there is no surgery or treatment that's going to help I find a very distressing percentage. That's much higher than I would have thought. You are the first medical person who has brought that to our attention.

You also mentioned that 25% of breast cancer patients are under the age of 50, and I tried to write down what you said for under 40. Was it 7%?

[Traduction]

Mme Clancy: Nous ferons de notre mieux.

Toute cette histoire du tamoxifène m'inquiète beaucoup puisqu'on remplacerait une forme de cancer par un autre. Je n'ai pas posé la question au Dr Margolese quand il a comparu devant nous, mais je me demande si vous savez ce que Cancer 2000 fait de ces études sur le tamoxifène?

Dr Sterns: Non. C'est le National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project qui s'en occupe depuis Pittsburgh. Un grand nombre de centres canadiens et lui-même sont associés à ce projet. Vous avez probablement lu les comptes rendus dans les journaux au sujet de la grande enquête. C'est une étude intéressante. Mais il faut absolument trouver une réponse. Comme n'importe quelle autre médicament, le tamoxifène a des effets que nous devons connaître puisque certains sont positifs et d'autres sont négatifs. Je m'inquiète beaucoup plus de l'usage de l'estrogène que l'on prescrit à tort et à travers.

Mme Clancy: C'était justement ma prochaine question. Vous dites que l'usage de l'estrogène vous inquiète. Or, je connais très bien quelqu'un qui suit actuellement une hormonothérapie. Quand je pense à elle, je m'inquiète et je crains ce qui risque de se passer quand ce sera mon tour, dans cinq ou dix ans. Y a-t-il des recherches bien étayées sur le sujet?

Dr Sterns: On a fait des études avec un groupe témoin et aussi des études épidémiologiques. Le grand problème de toutes ces études, c'est qu'elles portent sur une population très nombreuse qu'il faut examiner. Or, vous devez savoir que bien des gens ne savent même pas ce qu'ils prennent. Ils ignorent la dose et le genre de médicament. Or, tout cela a changé au fil des ans et il y aura certainement des sous-groupes.

Ce qui m'inquiète, c'est que même si l'estrogène peut être extrêmement utile pour la majorité des femmes, il y aura un sous-groupe de femmes très réceptives. C'est chez elles qu'apparaîtront des tumeurs malignes. Il est pourtant impossible de déterminer quel est le sous-groupe.

Mme Clancy: Conseilleriez-vous à votre femme de suivre une hormonothérapie?

Dr Sterns: Ma femme mène une vie très saine. Elle mange bien, elle fait de l'exercice et elle ne suit pas d'hormonothérapie pour le moment, mais c'est à elle de décider.

Mme Clancy: Je comprends. C'est bon. Ne vous inquiétez pas. Nous savions que vous étiez au courant.

Mme Black: Dr Sterns, je veux moi-aussi vous souhaiter la bienvenue au comité. J'ai vraiment apprécié votre exposé. J'ai essayé de noter certains de vos propos.

Vous nous avez dit que 8 p. 100 des femmes qui sont atteintes du cancer du sein apprennent au moment du diagnostic qu'aucune opération ni traitement ne pourra les aider; c'est affligeant. C'est une proportion beaucoup plus élevée que je ne l'aurais cru. Vous êtes le premier médecin à nous le signaler.

Vous avez également mentionné que 25 p. 100 des patientes atteintes du cancer du sein ont moins de 50 ans. J'ai tenté de noter le pourcentage pour les moins de 40 ans, était-ce 7 p. 100?

[Text]

Dr. Sterns: It is 7% under 40 and 25% under 50.

Ms Black: That's very helpful information.

On the issue of mammography screening, I think you've said it. Really, screening for breast cancer is still relatively new in medicine, I suppose, and the studies we are seeing in various parts of the world are giving us different answers to the issue of whether mammography screening is a useful tool for younger women. Do you feel hopeful that as we have more programs going on...? Mrs. Clancy mentioned that in British Columbia they have an open screening program, which is different from in other areas of the country, with self-referral and centralized collection of data. Do you feel answers are going to be forthcoming soon on the usefulness of mammography for women under 50?

Dr. Sterns: Breast screening is not new. It started with a program in New York 25 years ago. The Scandinavians have been doing it for years. I started up my program 16 years ago. Breast screening is not new.

Breast screening does identify some types of cancers. It does provide some benefit for some patients. But breast cancer is not a disease. It is many diseases. There are some in which finding an early tumour, or a small tumour, one the patient wasn't aware of, will not offer her a benefit. We expect too much.

Still, the mechanisms we use are pretty crude. Mammography is very crude. It has to be a certain size before it is detected even with a mammogram. And in the generation time of a tumour it can be very advanced.

So I strongly feel our efforts should be continuing in the clinical lines. But we need to understand more about the biology of the disease.

Ms Black: When you talk about expectations, I certainly understand what you're getting at. The popular press talks about the role of mammography. I think a lot of women are just grasping at something such that they feel it may prevent them from dying, or being disfigured, so they want to avail themselves of that.

I have talked to a number of friends who have been involved in the program that came before the wide-open screening program in British Columbia, and several of the nurse-practitioners there who participated in that program said to me their view—this is more than one—was that mammography on its own, without a physical examination or an opportunity for women to be taught proper breast self-examination...they felt that was as important as the mammography screen.

Dr. Sterns: We teach breast self-examination, and we think the most important thing about breast self-examination is to teach women what to look for rather than how to do it. It doesn't matter how you do it. You can stand on your head. Actually, you should lie down.

But most women don't know what they are looking for. Most women think their breasts are lumpy, when they really aren't. So we have a model and we show them what to look for.

[Translation]

Dr Sterns: Il est de 7 p. 100 pour les moins de 40 ans et de 25 p. 100 pour les moins de 50.

Mme Black: Ce sont des renseignements très utiles.

Pour ce qui est du dépistage par mammographie, si je ne m'abuse, vous avez dit que c'était relativement nouveau pour le cancer du sein et que les études menées dans diverses régions du monde arrivent à des conclusions différentes sur la question de savoir si cette méthode de dépistage est utile chez les femmes plus jeunes. Croyez-vous que plus il y aura de programmes... M^{me} Clancy a dit qu'en Colombie-Britannique, il y avait un programme de dépistage très ouvert avec accès direct et centralisation des données, contrairement à ceux des autres provinces. Croyez-vous que nous saurons bientôt si la mammographie est utile chez les femmes de moins de 50 ans?

Dr Sterns: Le dépistage du cancer du sein en soi n'est pas nouveau. Le premier programme a commencé à New York il y a 25 ans. Les Scandinaves le font depuis des années. Mon programme à moi a commencé il y a 16 ans déjà. Ce n'est donc rien de neuf.

L'examen du sein permet de dépister certains types de cancer et profite donc à certaines patientes. Mais le cancer du sein n'est pas une maladie, mais plusieurs. Parfois, même si l'on trouve une tumeur très petite ou très tôt, avant même que la patiente ne s'en aperçoive, cela ne changera rien. Nos attentes sont trop grandes.

Pourtant, les moyens utilisés demeurent assez grossiers. La mammographie est une méthode assez rudimentaire. Il faut que la tumeur atteigne une certaine dimension avant de pouvoir être aperçue sur un mammogramme. Or, à ce stade-là de la tumeur, le cancer peut être très avancé.

Je suis donc convaincu qu'il faut poursuivre nos efforts cliniques. Nous devons toutefois apprendre à mieux connaître la biologie de la maladie.

Mme Black: Quand vous parlez d'attente, je comprends ce que vous voulez dire. Les journaux parlent beaucoup de la mammographie et je crois que bien des femmes s'y accrochent dans l'espoir de ne pas mourir ou de ne pas être défigurées.

J'ai discuté avec plusieurs amies qui ont participé au programme de la Colombie-Britannique avant qu'il ne passe au dépistage à grande échelle, et plusieurs infirmières de première ligne qui y ont participé m'ont dit qu'à leur avis la mammographie en soi, sans examen médical ou sans montrer aux femmes comment faire l'auto-examen des seins... Pour elles, c'était aussi important que le dépistage par mammographie.

Dr Sterns: Nous montrons aux femmes comment examiner leurs seins, et le plus important, c'est de leur montrer non pas comment faire, mais ce qu'elles doivent rechercher. Vous pourriez faire l'examen la tête en bas si vous voulez, bien que le mieux soit de s'allonger.

Mais la plupart des femmes ignorent ce qu'elles doivent chercher. La plupart pensent que c'est normal d'avoir des bosses dans les seins alors que c'est faux. Nous nous servons donc de la reproduction d'un sein pour leur montrer ce qu'elles doivent sentir.

[Texte]

But in truth, women do find their own breast cancers much more easily than physicians find breast cancers. Physicians are not good at finding breast cancers. The patient recognizes it's different just by washing herself every day.

I don't think breast self-examination is going to be a cure-all. The woman who finds something and ignores it is not uncommon.

Ms Black: Why?

Dr. Sterns: It's a form of denial. It's a form of fear. It's terribly common. It's one of the reasons we have 8% of women who present late or not at all. And there's nothing we can do about that.

Ms Black: You mentioned in your testimony that you yourself—and I support what you were saying about coordinating the groups that are out there, who want to offer support to women who have been diagnosed with breast cancer—had tried to contact the Canadian Breast Cancer Foundation and were quite frustrated in your attempts to do that. I wonder if you would elaborate on that. I wasn't clear on what you meant.

• 1655

Dr. Sterns: I heard about them because of an article that appeared in *The Globe and Mail*, indicating that they had some commercial liaison with a company that produced a new cereal. So I wanted out to find out what they were. It took about three weeks for the calls and letters to be answered, and when I finally got a response I had a very nice talk with Mrs. Johnston but got nowhere else. I don't know what funds they have available, to whom they're giving the research funds, or how they raise their funds. We have a large number of women in our community who would be delighted to form a satellite group, yet we've had no response whatsoever. So that I consider frustrating.

Ms Black: On the whole issue of hormone replacement therapy, what recommendations would you make to this committee? We're now in the stage of ending these hearings and drafting our report. It's something that a number of people have raised at the committee level, but I don't feel that I know any more about it now than when I came into this committee in October. What recommendations would you make to this committee around that whole issue? You mentioned that particular women would be at risk from estrogen therapy. I don't know which women those are.

Dr. Sterns: Neither do I, but we do know some things. The breast cells and breast cancer cells grow in an estrogen environment. In animals, the tumours grow when the animals are given estrogen. Some tumours are very estrogen sensitive. In a particular patient, we don't know what is going to happen to her breasts.

The two indications for the use of estrogen replacement are to decrease heart disease and to decrease osteoporosis. There is significant scientific evidence to indicate that it performs efficiently for those two conditions. If a patient has

[Traduction]

En réalité, les femmes découvrent leur propre cancer du sein beaucoup plus facilement que les médecins. Les médecins ne sont pas particulièrement doués pour le faire. La patiente sait que le sein n'est pas comme d'habitude tout simplement parce qu'elle se lave tous les jours.

Par conséquent, ce n'est pas l'auto-examen du sein qui va régler tous les problèmes. Les femmes qui trouvent quelque chose et choisissent de faire comme s'il n'y avait rien ne sont pas rares.

Mme Black: Pourquoi?

Dr Sterns: C'est une façon pour elles de nier la réalité. C'est de la crainte. C'est assez courant. C'est l'une des raisons pour lesquelles 8 p. 100 des femmes sont diagnostiquées tardivement ou pas du tout. Et nous, nous ne pouvons rien contre ce problème.

Mme Black: Vous avez dit tout à l'heure que vous-même—et je pense comme vous au sujet de la coordination des organismes existant qui veulent aider les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué un cancer du sein—vous aviez tenté en vain de communiquer avec la Fondation canadienne pour le cancer du sein. Pourriez-vous nous donner des précisions? Je n'ai pas très bien saisi.

Dr Sterns: J'ai entendu parler de la Fondation par un article du *Globe and Mail* indiquant qu'il y avait un lien commercial entre elle et une société fabriquant une nouvelle céréale. Je voulais donc savoir de quoi il en retournait au juste. Il m'a fallu trois semaines d'appels téléphoniques et de lettres avant de réussir finalement à m'entretenir avec M^{me} Johnston. Mais je n'ai pas réussi à savoir combien d'argent était disponible, qui recevait des subventions de recherche et d'où provenaient ces fonds. Un grand nombre de femmes seraient ravies de constituer un groupe satellite, mais il n'y a eu aucun écho à notre proposition. Je trouve cela frustrant.

Mme Black: Au sujet de l'hormonothérapie substitutive, quelles recommandations nous feriez-vous? Nous en sommes maintenant à la fin de nos audiences; nous allons bientôt rédiger notre rapport. Beaucoup de personnes ont abordé la question en comité, mais je n'ai pas l'impression d'en savoir plus maintenant qu'au moment de ma nomination en octobre. Quelles recommandations souhaitez-vous nous faire à ce sujet? Vous avez dit que certaines femmes seraient à risque si elles suivaient une hormonothérapie. Je ne sais pas quelles sont ces femmes.

Dr Sterns: Moi non plus, mais nous avons tout de même appris certaines choses. Les cellules mammaires et les cellules du cancer du sein croissent dans un milieu où il y a de l'estrogène. Chez les animaux, les tumeurs grossissent quand ceux-ci reçoivent de l'estrogène. Certaines tumeurs sont très sensibles à l'estrogène. Nous ne savons donc pas ce qui arrivera au sein d'une patiente en particulier.

Le but de l'hormonothérapie, c'est de lutter contre les maladies cardiaques et l'ostéoporose. Des preuves scientifiques de poids montrent qu'elle est efficace contre ces deux maladies. Une patiente qui a de l'ostéoporose ou des

[Text]

a bad family history of heart disease or a bad family history of osteoporosis, then it would be appropriate. However, there are some frivolous reasons for putting patients on estrogens: because people are depressed, because they're going through some mild menopausal symptoms. Menopausal symptoms can be significant, but in large measure most women go through the menopause without it being the most incredible crisis of their lives. However, some physicians think that it is a terrible crisis that needs to be medicated. I am concerned that, without considerable, as I said, epidemiologic surveillance, we have to keep the patients under surveillance to find out what is happening to the people who are placed on the drug.

Ms Black: It's interesting, and I guess I share the frustration of some of the women who have testified at our committee about breast cancer in that my mother, who is now dead, was on some kind of hormonal replacement therapy when she was in her early 50s. I'm getting to the stage in my own life at which probably I will start the menopause before too many more years, yet I think my questions are the same as my mother's questions were and I'm not sure that the answers are any different.

Dr. Sterns: The most common question I'm asked is, should I be taking hormones? The answer is, I don't know what you should be taking, but here are the reasons why you could take it. You can't take it without some risk. We don't know what that risk is. From the literature, that risk seems to be minimal, but for you it may be significant and I can't reassure you completely. The patients who ask me this are ones who want reassurance that they shouldn't be taking it.

Ms Black: I suppose so, yes.

Dr. Sterns: The ones who want to take it will take it anyway.

Ms Black: You're probably right.

Mrs. Anderson: A question comes to mind when we're talking about estrogen and pills and other things. Has there been any relationship between the pill girls take for contraception and cancer? Do you know of any effects of that?

Dr. Sterns: By and large, there is no increase in cancer incidence in women who have taken the pill. There have been recent studies that give us some concern, and one of the concerns is young women who take it for a considerable period before the first pregnancy. The first pregnancy is incredibly important in a prevention of breast cancer. The longer the time, the more cycles they have, perhaps the greater the risk. So there is some concern.

• 1700

But if you look at the use of the birth control pill from a sociological and economic standpoint, there is no justification for considering that the cancer risk is sufficiently high that any curtailment should be encouraged. That doesn't give it a clean bill of health, either.

[Translation]

maladies cardiaques dans ses antécédents familiaux devrait probablement suivre une hormonothérapie. Cependant, il arrive qu'on donne de l'estrogène à des patientes pour des raisons frivoles: parce qu'elles sont déprimées, parce qu'elles subissent de légers symptômes associés à la ménopause. Ces malaises peuvent être marqués, mais la plupart des femmes traversent la ménopause sans avoir l'impression que c'est la pire crise de leur vie. Certains médecins semblent pourtant le croire et estiment qu'une thérapie s'impose. Cela m'inquiète s'il n'y a pas une bonne surveillance épidémiologique, parce qu'il nous faut découvrir l'effet de l'estrogène sur celles qui en prennent.

Mme Black: C'est intéressant. Je partage la frustration de certaines des femmes qui ont témoigné devant notre comité au sujet du cancer du sein en ce sens que ma mère, maintenant décédée, a suivi une hormonothérapie substitutive quelconque quand elle était dans la cinquantaine. D'ici quelques années, je devrais ressentir les premiers symptômes de la ménopause et j'ai l'impression que je me pose les mêmes questions que ma mère et que j'obtiens les mêmes réponses.

Dr. Sterns: La question que l'on me pose le plus souvent c'est celle de savoir si l'on devrait prendre des hormones. Je ne peux pas répondre à la place de la femme, mais je peux lui indiquer dans quelles circonstances une hormonothérapie se justifie et lui dire qu'il y a toujours un risque même si nous ignorons lequel. D'après les écrits sur le sujet, les risques semblent minimes, mais ils peuvent être importants pour une femme en particulier. Je ne peux donc pas rassurer parfaitement les patientes. Or, celles qui m'interrogent sont généralement celles qui ne veulent pas d'hormonothérapie.

Mme Black: Probablement.

Dr. Sterns: Celles qui en veulent une n'écouteront rien.

Mme Black: Vous avez probablement raison.

Mme Anderson: Tandis que nous parlons d'estrogène, de pilules et de tout le reste, savez-vous s'il existe un lien entre les anovulants et le cancer?

Dr. Sterns: En gros, on n'a pas constaté d'augmentation de l'incidence du cancer chez les femmes qui ont pris la pilule. Des études récentes nous ont toutefois un peu inquiétés, notamment pour les jeunes femmes qui prennent la pilule pendant une assez longue période avant leur première grossesse. La première grossesse est terriblement importante pour la prévention du cancer du sein. Plus la période est longue, plus les cycles sont nombreux, plus le risque est grand. C'est donc inquiétant.

Mais du point de vue sociologique et économique, le risque de cancer n'est pas assez élevé pour justifier une restriction de l'usage des anovulants. Cela ne signifie pas que la pilule soit sans risque.

[Texte]

Mrs. Anderson: Earlier we were discussing the issue of the value of reconstructive breast surgery. Can you give a comment on the implant that has been used? I'm not going to mention the name because there has been a lot talked about with that. I'm talking about the long-term side effects of the breast reconstructive surgery.

Dr. Sterns: I would like to say that although I do a lot of breast surgery, I do not take part in breast reconstruction. I feel my role is to deal with the cancer and the patient with cancer, and to allow the reconstruction to be carried out by somebody who has entirely different objectives. It bothers me a little bit that reconstructive surgeons are not terribly knowledgeable about cancer. That is not their prime role.

For some women, reconstruction is tremendously important. Those women should not be denied the opportunity to have a reconstructed mound of tissue, which some people call a breast. It is not a breast, but it's satisfying to the ones who need it.

I offer that opportunity to all the patients I deal with, but only a very small number actually feel it's necessary for them. I believe reconstruction should be done at a time other than the time that the primary tumor is treated. It's too complex an emotional environment for the patient to sit down and look at all the problems rationally. We talk about informing patients, but it's the milieu in which the information is given that's important.

Most patients don't hear a word that's said to them, or confuse what's said to them in the initial stages. To talk on the one hand about their options in treatment for their cancer and their options for reconstruction on the other—that's overwhelming. It has nothing to do with intelligence or capacity. It's simply an overwhelming situation.

I think reconstruction has a place. It has achieved a tremendous amount of popularity. I think women's groups find it very encouraging. The reconstructive surgeons paint a very attractive picture. I wish I could tell you that their success is as good as it is in all instances.

In some instances, I think it's underplayed. Maybe I see the problems. I don't know how long their follow-up is. Some of the prostheses are so hard I can't believe some woman could even live with two rocks on her chest wall. But they seem to be happy with it. I guess it's all in the mind of the beholder.

Mrs. Anderson: We had a physiotherapist appear before us—I'm sure you probably read that—who has been doing quite a lot of very good work following the removal of the lymph nodes. Apparently it's not done that often, as far as referrals from the medical profession are concerned. Is this something being done in your area at all?

Dr. Sterns: The amount of disability that occurs, particularly after partial mastectomy and removal of the lymph nodes, is minimal in most patients. The best form of physiotherapy, from the standpoint of the psychological and the physiological approach, is for them to resume their normal activities as quickly as possible—playing golf, swimming, doing everything they did before. In normal activity they should regain normal function. I don't think referral among a number of groups of medical and medically associated professions is particularly good, either for the patient or for our health system.

[Traduction]

Mme Anderson: Nous avons discuté tout à l'heure de l'utilité de la reconstruction des seins. Qu'est-ce que vous pensez de l'implant utilisé? Je ne vais pas mentionner la marque de commerce puisqu'on en a suffisamment parlé déjà. Je veux parler des effets secondaires à long terme de cette opération.

Dr Sterns: Je tiens à préciser que même si je fais beaucoup de chirurgies mammaires, je ne fais aucune reconstruction de sein. Mon rôle est de traiter le cancer et la patiente qui a un cancer et de laisser la reconstruction à ceux qui ont des objectifs entièrement différents des miens. Ce qui m'ennuie un peu c'est que les chirurgiens plasticiens ne connaissent pas tellement bien le cancer, mais ce n'est pas leur but premier.

Pour certaines femmes, la reconstruction est extrêmement importante. Il ne faut pas les priver de cette masse de tissu que d'aucuns appellent un sein. Ce n'est pas vraiment un sein, mais cela fait l'affaire de celles qui en ont besoin.

Je propose cette possibilité à toutes mes patientes, mais seulement un très petit nombre d'entre elles trouve que c'est nécessaire. Je crois que la reconstruction doit se faire une fois la tumeur primaire traitée. Les émotions sont trop vives à ce moment-là pour que la patiente étudie rationnellement tous les avantages et les inconvénients. On parle d'informer les patients, mais l'ambiance doit compter beaucoup plus que l'information.

La plupart des patientes n'entendent pas un mot de ce qu'on leur dit ou confondent tout dans les premiers temps. Leur parler en même temps des possibilités de traitement pour le cancer et des possibilités de reconstruction, c'est trop. Cela n'a rien à voir avec l'intelligence ou avec les capacités. C'est simplement que c'est une situation survoltée.

Je pense que la chirurgie de reconstruction a sa place. Elle est devenue très populaire. Pour les associations de femmes, c'est très encourageant. Les chirurgiens plasticiens brossent un tableau bien attrayant. J'aimerais bien pouvoir vous assurer que toutes leurs opérations sont réussies.

Parfois, on n'insiste pas assez sur les échecs. Peut-être que moi je vois surtout les problèmes. Certaines des prothèses mammaires sont si dures, que je n'arrive pas à concevoir comment une femme peut vivre avec deux roches implantées dans sa poitrine. Les femmes semblent pourtant heureuses. Je présume que cela dépend du point de vue.

Mme Anderson: Le comité a entendu une physiothérapeute qui fait beaucoup de bien à celles auxquelles on a retiré des ganglions. Vous avez probablement lu la transcription de cette séance. Il semble que les médecins ne recommandent pas très souvent la physiothérapie à leurs patientes. Est-ce que vous le faites?

Dr Sterns: Le degré d'invalidité qui découle d'une mastectomie partielle et de l'excision de ganglions est minime chez la plupart des patientes. La meilleure physiothérapie, tant du point de vue psychologique que physiologique, c'est de reprendre le plus rapidement possible ses activités normales, jouer au golf, faire de la natation, etc. Une activité normale redonnera un usage normal des bras. Je ne crois pas que les renvois entre spécialistes, qu'ils soient médecins ou non, profitent aux patients ou à nos services de santé.

[Text]

[Translation]

• 1705

Those who develop a stiff shoulder do require some physiotherapy, but the reason they acquire a stiff shoulder is that there hasn't been enough activity after their immediate operative period. Then they do require expert physiotherapy, and the physiotherapists are very good at managing that. Swelling of the arm is a problem in some instances. It is often a problem associated with advanced breast cancer or other problems associated with it, particularly when there has been associated radiation. There are a lot of problems in that regard.

I found that testimony a little confusing in terms of my own practice, so I don't know. I think there must be a particularly specialized group of people who come to see her.

Mrs. Anderson: Thank you.

The Chairman: I have a few questions. One thing really caught my eye in your letter of March 21. You stated:

Because cancers requiring mastectomy are often more advanced or aggressive, recurrence of disease at the mastectomy site and elsewhere is possible. Undertaking reconstruction can jeopardize early discovery of such local recurrence.

In the next paragraph, you again say that reduction mammoplasty hampers clinical assessment. Further, you say that:

Post-operative scarring and nodularity complicates surveillance for new cancers.

It sounds to me like you are saying that women who have had breast cancer and reconstructive surgery are less likely to have other cancers detected early. In the United States they have recommended this group for continuing reconstructive surgery. It sounds to me like they are a high-risk group that shouldn't get reconstructive surgery unless they have been through a period of time that indicates there will not be a recurrence of cancer, or some kind of period that would assure their surgeon that it is gone.

Dr. Sterns: If I made comment to say that no women should have reconstructive surgery, that would be so far to the extreme that it would be unconscionable. That's not the case, but there are problems, and women who have the procedure done should be aware that it is more difficult to make the diagnosis. Yes, they are very significantly at higher risk. On the side in which the operation was performed, there is a chance for local recurrence. Most of these local recurrences are also signs of more widespread disease, so it is relatively unimportant. But there is a subgroup that can be easily dealt with by early diagnosis of the local recurrence and immediate treatment.

The other breast is always at risk. If the patient has had just a lumpectomy, then she has two breasts that are at risk. There is no reason why a woman should only have one cancer in the breast. There are billions of cells within the breast, all of them vulnerable, and the longer she lives, the greater the chance of developing another cancer. Bilateral cancers and multiple cancers are common, and early diagnosis is very important.

Celles qui se retrouvent avec une épaule ankylosée peuvent avoir besoin de physiothérapie, mais si cela se produit, c'est surtout parce qu'elles n'ont pas assez bougé après la période opératoire. Alors elles ont besoin de soins experts et les physiothérapeutes réussissent très bien à régler ces problèmes. Parfois, il y a oedème du bras. Cela se produit le plus souvent lorsque le cancer du sein est avancé ou qu'il y a d'autres problèmes connexes, notamment quand il y a aussi radiothérapie. Il s'agit d'un cas différent.

Je n'ai pas très bien compris le témoignage de la physiothérapeute étant donné mon expérience clinique. Elle doit probablement soigner des cas bien particuliers.

Mme Anderson: Merci.

La présidente: Je voudrais poser quelques questions. Un passage de votre lettre du 21 mars a particulièrement retenu mon attention et je cite:

Comme les cancers exigeant une mastectomie sont souvent plus avancés ou agressifs, il pourrait y avoir récurrence de la maladie à l'endroit même de la mastectomie et ailleurs. Une opération de reconstruction pourrait empêcher le diagnostic précoce d'une récurrence locale.

Dans le paragraphe suivant, vous répétez qu'une mammoplastie nuit au diagnostic clinique. Vous ajoutez:

La cicatrisation post-opératoire et l'apparition de nodules compliquent le dépistage de nouveaux cancers.

D'après moi, vous voulez dire qu'il sera plus difficile de diagnostiquer tôt un autre cancer chez les femmes qui ont eu un cancer du sein suivi d'une opération de reconstruction. Autrement dit, ce serait un groupe à risque élevé qui ne devrait pas subir de chirurgie reconstructive avant un certain temps pour qu'on puisse déterminer qu'il n'y aura pas récurrence du cancer.

Dr. Sterns: Je ne veux pas dire qu'aucune femme ne devrait subir de reconstruction du sein puisque ce serait une position si extrême qu'elle serait inadmissible. Voilà pourquoi je ne fais pas cette recommandation. Néanmoins, il y a des problèmes, et celles qui subissent l'opération de reconstruction devraient savoir que le diagnostic sera plus difficile à poser. C'est vrai que les risques sont très élevés. Il est possible qu'il y ait récurrence là où il y a eu mastectomie. Habituellement, cela indique que la maladie s'est répandue; on y pourra donc pas grand-chose de toute façon. Pour un sous-groupe toutefois, un diagnostic précoce permettra de traiter facilement la récurrence locale.

L'autre sein est aussi à risque. Si la patiente n'a subi qu'une tumorectomie, ses deux seins sont à risque. Rien n'empêche qu'une femme ait un cancer dans l'autre sein. Chaque sein se compose de milliards de cellules, chacune étant vulnérable. Plus la femme vit longtemps, plus grandes sont les probabilités qu'elle ait un autre cancer. Il n'est pas rare d'avoir un cancer dans les deux seins ou plusieurs cancers en même temps. C'est pourquoi il est important de poser un diagnostic assez tôt.

[Texte]

When a prosthesis is put in, as Dr. Ismail suggests, it is more difficult to make a radiographic diagnosis. When a reduction mammoplasty is performed on the other side to make the other side smaller, there is considerable scarring and nodularity, which is difficult, both clinically and radiologically. So there are problems, and I am not sure what reconstructive surgeons tell their patients about this aspect at the time.

The Chairman: Finally, do you think all lumps should have biopsies?

Dr. Sterns: Absolutely not.

The Chairman: Could you explain why not?

Dr. Sterns: Most lumps in the breast are not malignant. Lumps in very young women in their teens are usually what are called fibroadenomas. They are tiny lumps, and very easily diagnosed clinically. A lot of them disappear spontaneously, and only if they persist or get larger should they be removed. Cancer of the breast in teenagers and women in their early 20s is very rare. It occurs and the horror story, of course, is the woman at this age who has been told that it is nothing at all. But usually fibroadenomas are easily diagnosed.

The most difficult age group is women between 40 and 50. That is an age group where the hormones have really lost touch with reality—

An hon. member: That's us.

Ms Black: Thank you, Doctor.

• 1710

Dr. Sterns: During this time there are wild fluctuations in hormone cycles to which the breast is responsive, and discomfort in the breast and nodularity of the breast is extremely common. The thing that frightens most women is pain. There are two things that people associate cancer with: pain and death. So when they get pain, particularly if its localized, they become anxious. If there's some nodularity there, which is the tissue that has proliferated in response to the hormones, then often biopsies are carried out, and most of these are unnecessary.

The other thing that happens between 40 and 50 are that cysts develop. I don't know what your personal experience has been, but most women come to me with lumps in the breast and they've been told they have this cystic disease. Well, cystic disease is not a disease. But there are cysts in the breasts that occur, sometimes that you can feel. The best way to deal with those is to put a needle in, aspirate the fluid, and the lump disappears. The diagnosis and treatment are immediate and very satisfactory.

Ms Black: Is that what's referred to as a needle biopsy?

Dr. Sterns: No, that's a needle aspiration. A needle biopsy is when you put a needle in and get either cells, tissue, or actually a core of tissue. That, too, is an option.

[Traduction]

Comme l'a dit le docteur Ismail, quand une prothèse est implantée, il est plus difficile de poser un diagnostic par radiographie. Quand il y a mammoplastie réductive sur l'autre sein, il y a beaucoup de tissus cicatriciels et de nodules ce qui rend le diagnostic difficile autant par les examens cliniques que par la radiographie. Ce n'est donc pas sans problème et je ne suis pas convaincu que les chirurgiens plasticiens le disent à leurs patientes.

La présidente: Enfin, croyez-vous qu'il faudrait faire des biopsies pour toutes les bosses?

Dr Sterns: Pas du tout.

La présidente: Pourquoi pas?

Dr Sterns: La plupart dans les seins ne sont pas des tumeurs malignes. Chez les très jeunes femmes, chez les adolescentes, il s'agit habituellement d'adénofibromes. Ce sont de minuscules bosses que l'examen clinique permet très facilement de diagnostiquer. La plupart disparaissent spontanément et il ne faudra les enlever que si elles persistent ou grossissent. Le cancer du sein chez les adolescentes et les femmes dans la vingtaine est très rare. Cela arrive et il se pourrait qu'une jeune femme de cet âge se fasse dire de ne pas s'inquiéter de ces bosses alors qu'il s'agit bel et bien d'un cancer. Normalement toutefois les adénofibromes sont faciles à diagnostiquer.

C'est pour les femmes entre 40 et 50 ans que c'est le plus difficile. A cet âge-là, les hormones perdent vraiment les pédales. . .

Une voix: C'est nous ça.

Mme Black: Merci, docteur.

Dr Sterns: Pendant cette période, les cycles hormonaux fluctuent énormément et les seins y réagissent beaucoup. Il est alors très courant d'avoir les seins sensibles et d'avoir des nodules. Ce qui effraie le plus les femmes, c'est la douleur. Les gens associent deux choses au cancer: la douleur et la mort. Alors quand les gens ressentent une douleur, surtout si elle est très localisée, ils s'inquiètent. Si, en plus, les femmes sentent des nodules, qui constituent une prolifération de tissu sous l'influence des hormones, on fait souvent des biopsies, même si elles sont inutiles la plupart du temps.

C'est aussi entre l'âge de 40 et de 50 ans que des kystes se développent. Je ne sais pas si vous, vous en avez eu, mais la plupart des femmes qui prennent rendez-vous avec moi, le font parce qu'elles ont senti des bosses dans leurs seins et qu'on leur a dit qu'elles avaient des kystes. Or, ce n'est pas une maladie. Il se forme des kystes dans les seins et parfois, on peut les sentir. Le meilleur moyen de s'en débarrasser, c'est de faire une ponction à l'aiguille pour faire disparaître la bosse. Le diagnostic et le traitement sont immédiats et très satisfaisants.

Mme Black: Est-ce ce qu'on appelle une biopsie à l'aiguille?

Dr Sterns: Non, il s'agit d'une aspiration à l'aiguille. Une biopsie à l'aiguille, c'est quand on insère une aiguille pour obtenir des cellules, un échantillon de tissu. C'est aussi une possibilité.

[Text]

I know a lot of you are lawyers.

Mrs. Clancy: Only one.

Dr. Sterns: I won't say that is enough, but—

Mrs. Clancy: Go ahead. You know why we don't kill cockroaches.

Dr. Sterns: We face a medical-legal crisis, in that physicians are very concerned about missing a cancer. Sometimes reliance on a biopsy in order to reassure both yourself and the lawyer is required. I think this is rather disastrous. It's doing terrible things to the economy of the health care system, and it doesn't do anything to the logical, good clinical practice. And it certainly doesn't do anything for the patient who has a biopsy for reasons that are unnecessary.

The Chairman: Do you recommend mammograms for these people?

Dr. Sterns: In specific instances, yes, depending on the age of the patient and the character or the problem that is presenting with the patient.

One of the best ways of dealing with the problem is to see the patient a couple of weeks later. Many of these masses have disappeared spontaneously.

The Chairman: We have had a number of women mention in their groups, or themselves, that doctors have told them not to worry, it will go away. Again, from the consumer viewpoint—

Dr. Sterns: Madam Chair, if I may address that issue, this is a matter of education. There is a philosophy that cancer has to be diagnosed immediately, treated tomorrow, or else the patient will die. Cancers are slow in evolving. It's probably 10 years before a cancer starts and it's diagnosed. The rushing headlong into a procedure in order to make a diagnosis is inappropriate for a patient, and it does not change the course of a disease. If a period of two weeks or three weeks is going to make a difference, then nothing will make a difference. That's a fast-growing cancer, and nothing will make a difference.

I'm not talking about ignoring a clinically significant lesion. I'm talking about careful observation and careful assessment, plus or minus the use of needle aspirates and needle biopsies and mammography judiciously.

Mrs. Anderson: With the different cancers that are prevalent today, which one would you say is the most common, the one that has risen the highest, the fastest?

Dr. Sterns: The most common cancer that affects both males and females is still cancer of the colon. Cancer of the lung is still the most common in men and is rapidly becoming the most common in women. Another important thing for the committee on the status of women to approach is, I think, is that the targeting of women and cigarettes is immoral.

Mrs. Clancy: The physician... some problem in that department, unfortunately.

[Translation]

Je sais que beaucoup d'entre vous sont avocates.

Mme Clancy: Une seule.

Dr Sterns: Je ne dirai pas que c'est suffisant, mais... .

Mme Clancy: Ne vous gênez pas. Vous savez pourquoi nous n'écrasons pas les punaises.

Dr Sterns: Nous vivons une crise médico-légale puisque des médecins craignent de ne pas diagnostiquer un cancer. Parfois, ils demandent une biopsie uniquement pour se rassurer et pour rassurer leur avocat. C'est vraiment épouvantable. C'est terrible pour les finances de notre régime d'assurance-maladie et cela n'a rien à voir avec une bonne pratique clinique. Ce n'est pas non plus à l'avantage de la patiente que d'avoir une biopsie pour des raisons futiles.

La présidente: Est-ce que vous recommandez la mammographie pour ces femmes?

Dr Sterns: Dans certains cas bien particuliers, oui, selon l'âge de la patiente et le type de problème qui se présente.

L'un des meilleurs moyens, c'est de revoir la patiente deux semaines plus tard. Généralement, beaucoup de bosses auront alors disparu spontanément.

La présidente: Un certain nombre de femmes ont mentionné que leur médecin leur avait dit de ne pas s'inquiéter, que les bosses se résorberaient d'elles-mêmes. Du point de vue du consommateur... .

Dr Sterns: Madame la présidente, si vous permettez, c'est une question d'éducation. On pense que le cancer doit être diagnostiqué sur-le-champ et traité le lendemain, sinon la patiente va mourir. Les cancers évoluent lentement. Il s'écoule probablement dix années entre le début d'un cancer et le moment où il est diagnostiqué. Il est inutile d'avoir recours à une méthode qui n'est pas appropriée dans le seul but de poser rapidement un diagnostic puisque, de toute façon, cela ne changera rien à l'évolution de la maladie. Si une période de deux ou trois semaines y change quelque chose, alors c'est qu'on ne pourra rien faire. S'il s'agit d'un cancer qui évolue rapidement, il n'y aura pas de remède.

Je ne vous dis pas qu'il ne faut pas s'occuper d'une lésion cliniquement importante. Il faut faire une observation attentive et une évaluation judicieuse, et opter au choix pour des ponctions à l'aiguille, des biopsies à l'aiguille ou une mammographie.

Mme Anderson: Étant donné les divers cancers qui prévalent de nos jours, quel est le plus courant, celui dont le nombre s'est le plus accru et le plus rapidement?

Dr Sterns: Le cancer le plus courant, autant chez les hommes que chez les femmes, c'est toujours le cancer du côlon. Le cancer du poumon demeure le plus courant chez les hommes et deviendra rapidement le plus courant chez les femmes aussi. Une autre question sur laquelle devrait se pencher le Comité sur la condition féminine, c'est l'immoralité de cibler les femmes et la cigarette.

Mme Clancy: Les médecins... il y a malheureusement des problèmes à cet égard.

[Texte]

Dr. Sterns: Breast cancer is so horrific because it involves a large number of younger women. I think this is the area we need to address the most. Women in their 40s and 50s, just at the age when their families are growing up, just at a time when they're seeing a new life develop, are stricken with a condition that threatens their life, and I think that this needs to be addressed.

• 1715

Cancer of the colon, by and large, occurs in older people, and cancer of the lung can be prevented to a large measure. I have a personal stake in this, but I do feel that cancer of the breast needs more attention.

Mrs. Anderson: Would you say that we should rob Peter to pay Paul, in that case, and do a little bit more on the breast, if we haven't got the funds to do it on the others?

Dr. Sterns: Some of the witnesses you have had before have addressed the problem of attacking the area where we have the greatest expertise, and clearly this is important. If we have the expertise for cancer, we should use that expertise. But we can encourage activity by setting aside certain moneys. In effect, I think we need a national goal in terms of breast cancer. We have had the screening program, and that's been very valuable. We need another goal.

I think we have to get rid of the age bias in research funding, too. I am suffering from being a senior member, as Dr. Pritchard mentioned in her testimony to you, one of those olders guys who, she marvels, can still stay up with the field.

Some hon. members: Oh, oh.

Dr. Sterns: I find it difficult to get research money at my age because it is being given to the younger age group. Unfortunately, many of the younger physicians don't consider that research, particularly basic research, is their cup of tea. We need to encourage them. Making it more and more difficult to get money is certainly the most discouraging thing I know.

The Chairman: How consistent are the various schools of medicine across the country in terms of their recommended way of treating breast cancer?

Dr. Sterns: I think reasonably consistent. I think the basic approach to cancer in Canada is fairly uniform. They may be some pockets of resistance to changing to lumpectomy in the surgical management, but by and large most centres, in terms of drug treatment protocols, follow national standards.

If you want to know how far ahead we are from the mastectomy standpoint, the *New England Journal of Medicine* last month had an article on the regional use of lumpectomy in the United States, and we are light-years ahead.

Ms Black: We also had testimony later that refuted the earlier testimony—

Mrs. Clancy: In Vancouver.

Ms Black: —that said that the west coast was—

[Traduction]

Dr Sterns: Le cancer du sein est terrible parce qu'il touche un grand nombre de femmes plus jeunes. C'est donc d'elles dont il faut s'occuper le plus. Les femmes dans la quarantaine et la cinquantaine sont à l'âge où leurs enfants sont maintenant grands et où elles peuvent entrevoir une vie nouvelle. C'est alors qu'elles sont frappées par une maladie qui met leur vie en danger. Il faut faire quelque chose.

Le cancer du côlon survient surtout chez les personnes plus âgées et il est possible, dans une large mesure, de prévenir le cancer du poumon. Évidemment, j'ai un intérêt personnel, mais je crois toutefois qu'il faut s'occuper davantage du cancer du sein.

Mme Anderson: Voulez-vous dire que nous devons enlever à l'un pour donner à l'autre et intensifier la recherche sur le cancer du sein même s'il ne reste pas assez d'argent pour les autres cancers?

Dr Sterns: Certains des témoins que vous avez entendus ont mentionné qu'il fallait s'occuper du secteur dans lequel nous avons le plus d'experts et de connaissances; c'est manifestement important. Si nous avons l'expertise nécessaire à la recherche sur le cancer, nous devons l'exploiter. Nous pouvons encourager la recherche en réservant des fonds. Je crois d'ailleurs que nous devrions nous fixer un objectif national en ce qui concerne le cancer du sein. Il y a eu le programme de dépistage qui a été très utile, et il faut un autre objectif.

Il faut aussi faire disparaître les préjugés contre les chercheurs âgés. Le fait d'avoir plus d'ancienneté me nuit et comme l'a dit le Dr Pritchard dans son témoignage, je suis l'un de ces plus vieux qui, s'étonne-t-elle, se tiennent à jour.

Des voix: Oh, oh!

Dr Sterns: À mon âge, j'ai beaucoup de mal à obtenir des subventions de recherche qu'on accorde aux plus jeunes. Malheureusement, beaucoup des médecins plus jeunes n'apprécient pas tellement de faire de la recherche, surtout fondamentale. Il faut les encourager. Rendre l'accès aux subventions plus difficile, il n'y a rien de plus décourageant.

La présidente: Est-ce que toutes les facultés de médecine du pays recommandent plus ou moins les mêmes traitements pour le cancer du sein?

Dr Sterns: Oui, plus ou moins. Le traitement du cancer est assez uniforme au Canada. Il peut y avoir certaines enclaves où l'on résiste à la tumorectomie comme traitement chirurgical, mais dans la plupart des grands centres, les protocoles de chimiothérapie suivent les normes nationales.

Si vous voulez savoir quelle est notre avance en mastectomie, lisez un article paru le mois dernier dans le *New England Journal of Medicine* sur le recours à la tumorectomie aux États-Unis, et vous verrez que nous avons des années-lumière d'avance sur eux.

Mme Black: D'autres témoins ont contredit ce que certains nous avaient dit plus tôt. . .

Mme Clancy: À Vancouver.

Mme Black: . . . et nous ont dit que sur la côte Ouest. . .

[Text]

Dr. Sterns: Lagging behind. I don't think that was the case.

Ms Black: We have had evidence to suggest that it was not the case.

Mrs. Clancy: More than once.

The Chairman: You referred to national standards. Are these written up anywhere?

Dr. Sterns: No. That is the same question that you asked Dr. Ismail. The licensing bodies are the colleges, not the Canadian Medical Association. They are the ones that, if there is a policy to be set, set the policy. If they attempt to make a policy, there is a tremendous backlash. Physicians are terrifically independent and would resent that enormously. Hopefully there is sufficient continuing medical education that physicians and surgeons in the country remain reasonably proficient in what they do in terms of international standards.

The Chairman: I just think it is getting to be such an incredibly challenging field that the changes that are occurring in many areas of medicine are such that many doctors simply can't keep up with the latest. If you look at the AIDS situation—I also sit on a parliamentary committee on AIDS—they are asking for, and we have approved the request, a national clearing house for information on AIDS. In other areas we have the same kind of requests for family planning information and so on. In this particular area, where do you go to find the latest information, to find what in fact these standards are? Apparently many of the deputations that have come before us have not had good medical practice.

Dr. Sterns: If we have national standards, a prescription laid down by a legislating body, we would end up with a group of physicians who work by a cookbook method, who abrogate thinking and clinical innovativeness to a prescribed protocol. Nothing could be worse in these times when the scientific information is changing so rapidly. We have to keep an open mind on whatever we do, whenever we do it.

• 1720

It would be wrong for me to teach medical students that this is the way to do it; I do it this way and so you do it this way. This has been the traditional approach to teaching and that has led us into a very difficult time. That would be extremely bad for the quality of our health care. You're quite right, it's impossible for anyone to keep up with any field.

My field is becoming narrower and narrower because it's impossible for me to stay up with the literature. Literature availability now is tremendous. I can do literature searches from my home or the office. I can get information on current publications within a matter of 10 minutes at relatively little cost. It's a matter of having the time and the inclination to do that.

Mrs. Clancy: I would like to make a comment and I know Dawn wants to ask a question.

With the greatest of respect, perhaps I have missed something and I'd like to say this to Dr. Sterns and have it said for the record. I don't think we've had deputations before us that have complained of bad medical practice in the area of cancer of the breast and the treatment.

[Translation]

Dr Sterns: On tirait de l'arrière. Je crois que c'est faux.

Mme Black: Nous avons des preuves montrant que c'est faux.

Mme Clancy: Et plus d'une.

La présidente: Vous avez parlé de normes nationales. Sont-elles écrites?

Dr Sterns: Non. Vous avez posé la même question au Dr Ismail. Ce sont les collèges qui accréditent les médecins, pas l'Association médicale canadienne. Ce sont eux qui énoncent les politiques lorsque c'est nécessaire. Chaque fois qu'ils essaient d'en imposer une, il y a un formidable retour de bâton. Les médecins sont terriblement indépendants et n'apprécieraient pas du tout des politiques écrites. Heureusement, l'éducation permanente en médecine est telle que les médecins et chirurgiens du Canada demeurent raisonnablement compétents d'après les normes internationales.

La présidente: C'est devenu un domaine incroyablement stimulant et l'évolution de certaines spécialités est telle que beaucoup de médecins ne sont pas capables de se tenir à jour. Regardez ce qui s'est passé pour le sida—je suis également membre du comité parlementaire sur le sida—les médecins ont demandé un bureau central d'information sur le sida, que nous avons approuvé. On nous a demandé la même chose pour la planification familiale, etc. Lorsque vous voulez les derniers renseignements sur le cancer du sein et sur les normes, où vous adressez-vous? Apparemment, on ne peut pas parler d'une bonne pratique médicale pour beaucoup des délégations que nous avons entendues.

Dr Sterns: S'il y avait des normes nationales imposées par un organisme compétent, les médecins en seraient réduits à travailler avec des livres de recettes qui prescriraient des protocoles et ne laisseraient aucune place à la réflexion et à l'innovation clinique. Il n'y a rien de pire de nos jours que l'évolution accélérée des connaissances scientifiques. Il faut toujours avoir l'esprit ouvert, quoi qu'on fasse.

Je ne peux pas me permettre de montrer aux étudiants en médecine une façon de faire. Avant, les professeurs montraient aux étudiants leur façon de faire à eux. C'était la méthode d'enseignement traditionnelle qui nous a causé tant de difficultés. Ce serait catastrophique pour la qualité de nos services de santé. Vous avez tout à fait raison de dire qu'il est impossible de se tenir à jour.

Ma spécialité se rétrécit de plus en plus parce qu'il m'est impossible de lire tout ce qui se publie. Pourtant, il y en a un éventail incroyable. Je peux faire des recherches bibliographiques de chez moi ou de mon bureau. Je peux obtenir en 10 minutes et à peu de frais des renseignements sur les plus récentes publications. Il suffit d'avoir le temps et le goût de se renseigner.

Mme Clancy: Je voudrais faire une observation et je sais que Dawn veut poser une question.

En toute déférence, il y a peut-être quelque chose que je n'ai pas saisi, mais je tiens à dire pour le compte rendu et pour le docteur Sterns qu'aucune des délégations que nous avons entendues ne s'est plainte de mauvaise pratique médicale pour le traitement du cancer du sein.

[Texte]

Tragically, the death rate is still unconscionably high, but Dr. Sterns and the other practitioners have told us it's because of the 8% who don't come early. In one section, we don't know what the answers are, we don't know what the causes are. I have not heard of bad medical practice in the treatment of breast cancer. We have heard very conflicting testimony. Everybody is a consumer, every patient is a consumer.

We have heard very conflicting testimony about plastic surgery, breast reconstruction, all of those things. Unless I'm vastly mistaken, and I would ask my other colleagues to comment perhaps, I am not struck by the fact that women are ill-served by their doctors, either their family practitioners or their surgeons. A little, but nothing major.

The Chairman: We should have questions of the deputation.

Mrs. Clancy: I want it down on the record.

The Chairman: If you want to have a debate, we can have that.

Ms Black: To get back to your testimony, we have a copy of it now and I was looking for this. One of the comments that you made was about the pharmaceutical industry and the profits that it makes in this country on drugs and treatments that are used for cancer patients and that its newspaper and TV ads have been saying what great contribution it makes to research in this country. Your comment was that its contribution is disgraceful. I wondered, first of all, if you'd elaborate on that and what you meant by disgraceful. Do you have any statistics?

The second comment I wanted to make is you talked about legislation that government can introduce when we're looking at the changes in the family structure, the changes in working women who in many cases must be in the work force for longer periods of time and find it much more difficult to drop out of the work force in order to have and care for children. I was wondering what kinds of legislative initiatives you were talking about. The one that certainly springs to my mind, first of all, is the child care program and I wondered if that was one of the things that you were referring to.

Dr. Sterns: Let me throw back your second question first because you're the legislator. I presented a problem to you that is a biologic fact and there are social and economic pressures on women that I have no control over. I'm not sure that you have very much control over them either, but it's not a soluble problem and the longer we have young women out there working until they're mid-30s and early 40s, we're going to have a problem in that regard.

In terms of the pharmaceutical industry, I have no better statistics on it than you have, but I do see the enormous profits that it makes. Certainly the costs of the drugs are horrendous and the number of drugs being prescribed by physicians are equally horrendous. I see a lot of the promotional things that are given through the medical communities to physicians by drug companies, which I feel should be applied to more useful things. I don't think I want to go on the record and mention these specifically, but I am sure you would have no difficulty in finding out what they are.

[Traduction]

Il est tragique que le taux de mortalité demeure aussi élevé, mais le docteur Sterns et les autres médecins nous ont dit que c'était à cause des 8 p. 100 de femmes qui ne consultaient pas assez tôt. Nous n'avons pas de réponse et nous ne connaissons pas les causes. Personne n'a parlé de mauvaise pratique médicale. Nous avons entendu des témoignages très contradictoires. Nous sommes tous des consommateurs. Chaque patient est un consommateur.

Nous avons entendu des témoignages très contradictoires au sujet de la chirurgie plastique, de la reconstruction des seins, etc. À moins que je me trompe royalement, et je vais demander à mes collègues de commenter, je n'ai pas l'impression que les femmes sont mal traitées par leurs médecins, qu'il s'agisse de leur médecin de famille ou de spécialistes. Peut-être un peu, mais rien de grave.

La présidente: Nous devrions interroger les délégations.

Mme Clancy: Je veux que ce soit consigné.

La présidente: Nous pouvons toujours avoir un débat si vous voulez.

Mme Black: Pour en revenir à votre exposé, nous en avons maintenant un exemplaire. J'en ai profité pour chercher le passage où vous dites que l'industrie pharmaceutique fait des profits au Canada avec la vente de médicaments et de traitements pour les cancéreux. Vous dites aussi que sa publicité dans les journaux et à la télévision fait valoir sa grande contribution à la recherche au Canada. Selon vous, cette contribution est scandaleuse. Pourriez-vous nous donner des détails et préciser ce que vous entendez par scandaleuse. Avez-vous des statistiques?

Vous avez également parlé d'une loi que le gouvernement devrait adopter si jamais on voulait apporter des changements à la famille, puisque bien souvent les femmes qui travaillent doivent rester plus longtemps sur le marché et ont beaucoup plus de mal à se retirer de la main-d'oeuvre active pour s'occuper de leurs enfants. Je me demande quelles mesures législatives vous envisagez. La première qui me vient à l'esprit, c'est le programme de garderie et je voulais savoir si c'est à cela que vous songiez.

Dr Sterns: Je vais répondre à votre deuxième question d'abord puisque c'est vous, le législateur. Je vous ai présenté un problème qui est un facteur biologique et il s'exerce sur les femmes des pressions socio-économiques auxquelles je ne peux rien. Je ne suis pas certain que vous y puissiez quoi que ce soit vous non plus, mais c'est tout de même un problème soluble et tant que les jeunes femmes resteront sur le marché du travail jusqu'à la fin de la trentaine et au début de la quarantaine, ce sera un problème.

Pour ce qui est de l'industrie pharmaceutique, mes statistiques ne sont pas meilleures que les vôtres, mais je sais qu'elle fait des profits considérables. Les médicaments coûtent horriblement cher et les médecins en prescrivent une quantité phénoménale. Les médecins reçoivent toutes sortes de publicités des compagnies pharmaceutiques qui devraient plutôt consacrer leur argent à des choses plus utiles. Je ne veux en mentionner aucune en particulier, mais je suis certain que vous n'aurez aucun mal à trouver desquelles il s'agit.

[Text]

[Translation]

• 1725

I don't see great evidence of productivity from the drug houses in terms of research. I think the government provides a great deal of money for clinical trials, for which the pharmaceutical houses may provide the drugs, but the trials are still very costly and their drugs are still being tested at the taxpayers' expense.

The Chairman: Thank you very much. We very much appreciate your coming here and your presentation was just as interesting as your letter.

The meeting is adjourned to the call of the chair.

Rien n'indique que les fabricants de produits pharmaceutiques font beaucoup de recherche. Le gouvernement leur verse beaucoup d'argent pour les essais cliniques. Évidemment, les fabricants doivent fournir les médicaments, mais les essais coûtent tout de même très cher et se font aux frais des contribuables.

La présidente: Je vous remercie beaucoup. Nous sommes très heureuses que vous soyez venu. Votre exposé était tout aussi intéressant que votre lettre.

La séance est levée.

APPENDIX "FEMM-13"

The Globe and Mail, Saturday, March 21, 1992

Breast reconstruction

Paul Taylor discussed the option of tissue transplant breast reconstruction after mastectomy (After Silicone — Focus, March 7). Considering the anxiety created by reports of adverse reaction caused by silicone implants, it is necessary to describe available alternatives. Unfortunately the text and the accompanying pictures present only the best views. It would be unrealistic for cosmetic surgeons to dwell on the downside of one of their major procedures or to deal with the reason underlying the mastectomy, cancer of the breast.

Between 40 and 50 per cent of Canadian women surgically treated for breast cancer are managed by "lumpectomy," which preserves the breast. Patients who require total removal of the breast have large cancers, at least large in relation to their breast size. In that situation lumpectomy results in a cosmetically unacceptable breast even if only the cancer and the immediately surrounding tissue is removed.

Other reasons for mastectomy are the presence of more than one cancer in the same breast, the association of extensive pre-malignant change in the remaining breast tissue and local recurrence after lumpectomy. Because cancers requiring mastectomy are often more advanced or aggressive, recurrence of disease at the mastectomy site and elsewhere is possible. Undertaking reconstruction can jeopardize early discovery of such local recurrence.

Because women who have had one breast cancer are at higher risk for developing cancer in the other breast, reduction mammoplasty to match the reconstruction with the remaining breast as suggested by Dr. Semple hampers clinical assessment. Post-operative scarring and nodularity complicates surveillance for new cancers.

There is no doubt that many women are advantaged by reconstructive procedures but it is deceptive to refer to the mound of tissue created as a "breast". Nor are the cosmetic results always as impressive as those featured in the article. Surgery to achieve this type of reconstruction is significant. The four to five hours necessary to perform the procedure is three times longer than that required for a mastectomy and yet the complication rate and the nature of postoperative problems are not discussed.

Breast cancer affects thousands of women in this country. They deserve to be told the facts about the disease and its treatment, including reconstruction. Mr. Taylor's article is an advertisement for the procedure. Bypassing the important biologic and therapeutic effects deceives the women who may be affected.

E. E. Sterns, Professor of Surgery
Queen's University, Kingston, Ont.

APPENDICE «FEMM-13»

(TRADUCTION)

The Globe and Mail, le samedi 21 mars 1992

Reconstruction du sein

Paul Taylor a traité de la possibilité de procéder à une reconstruction du sein par transplantation tissulaire à la suite d'une mastectomie. (After Silicone - Focus, 7 mars). Compte tenu de l'inquiétude que suscitent les implants au silicone depuis que des réactions indésirables ont été signalées, il faut parler des autres solutions qui s'offrent. Malheureusement, le texte et les images qui accompagnent l'article de M. Taylor ne montrent que le beau côté de la médaille. Il ne faut pas s'attendre à ce que les spécialistes en chirurgie esthétique insistent sur les revers de l'un des principaux actes médicaux de leur spécialité ou qu'ils s'étendent sur les raisons premières de la mastectomie, à savoir le cancer du sein.

De 40 à 50 p. 100 des Canadiennes dont le cancer du sein est traité par la chirurgie subissent une tumorectomie; le sein n'est donc pas enlevé. Quand une patiente doit subir l'ablation totale du sein, c'est que la taille du cancer est assez importante, du moins par rapport à la taille du sein. Dans ce cas, la tumorectomie serait inacceptable sur le plan esthétique, même si le chirurgien n'enlevait que la tumeur et les tissus qui l'entourent.

La mastectomie peut aussi être nécessaire si un sein présente plus d'une tumeur, si la tumeur s'accompagne de transformations précancéreuses importantes dans le reste du tissu mammaire ou si une tumeur réapparaît sur le site d'une tumorectomie. Comme les cancers qui exigent une mastectomie sont souvent plus avancés ou plus agressifs, il se peut qu'ils réapparaissent au site de la mastectomie ou ailleurs. La reconstruction du sein pourrait alors empêcher de diagnostiquer rapidement toute récurrence du cancer au même endroit.

Chez les femmes qui ont eu un cancer à un sein, le risque est plus élevé de développer une tumeur à l'autre sein; dans ce cas, le fait de pratiquer une réduction mammaire sur le sein non touché pour qu'il soit de la même grosseur que le sein reconstruit, comme le suggère le Dr Semple, nuit à l'évaluation clinique de la patiente. En effet, la cicatrisation et les nodules postopératoires rendent plus difficile le dépistage d'un nouveau cancer.

Il ne fait aucun doute que la reconstruction du sein est à l'avantage de beaucoup de femmes mais on se leurre en appelant «sein» l'amas de tissu ainsi créé. Sur le plan esthétique, les résultats se sont pas non plus toujours aussi impressionnants que ce que laisse croire l'article. L'intervention chirurgicale nécessaire à une reconstruction de cette nature n'est pas une mince affaire. Elle dure de quatre à cinq heures, soit trois fois plus longtemps qu'une mastectomie, sans parler des complications possibles et des problèmes postopératoires.

Le cancer du sein frappe des milliers de Canadiennes. Ces femmes ont le droit de savoir en quoi consiste réellement cette maladie et son traitement, y compris la reconstruction du sein. L'article de M. Taylor est une forme de publicité pour la reconstruction. Le fait de passer sous silence les effets biologiques et thérapeutiques de cet acte revient à tromper les femmes qui peuvent être atteintes.

E.E. Sterns, professeur de chirurgie
Université Queen's, Kingston, Ontario

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

**K1A 0S9
Ottawa**

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From the National Capital Society of Plastic Surgeons:

Dr. Abdel Raouf Ismail, President.

From Queen's University Medical School:

Dr. E.E. Sterns, Professor of Surgery.

TÉMOINS

De la Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale:

D^r Abdel Raouf Ismail, président.

De l'École de médecine de l'Université Queen's:

D^r E.E. Sterns, professeur de chirurgie.

REPRINT

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Monday, May 11, 1992

Chairman: Barbara Greene

RÉIMPRESSION

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le lundi 11 mai 1992

Présidente: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), a study of breast
cancer

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, une
étude sur le cancer du sein

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidente: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-Comité

Christine Fisher

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, MAY 11, 1992

(23)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 3:35 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer. From the University of Michigan, U.S.A.: Katie Richards, Parliamentary Intern.

Witnesses: From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada: Gordon Postlewaite, Executive Director and Secretary Treasurer, Health Research Foundation; Leonora F. Marks, Director of Publications. From the Canadian Society for Clinical Investigation: Dr. Michael Rieder, Director.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee resumed consideration of its study of breast cancer. (See *Minutes of Proceedings and Evidence*, dated Tuesday, October 22, 1991, Issue No. 1).

The witnesses made statements and answered questions.

It was agreed,—That the document entitled “*Response to the Review of the Canadian Drug Approval System*”, by the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, be printed as an appendix to this day’s Minutes of Proceedings and Evidence (See Appendix “FEMM-14”).

It was agreed,—That the additional information from Dr. David Beatty of the National Cancer Institute of Canada, dated April 6, 1992 be printed as an appendix to this day’s Minutes of Proceedings and Evidence (See Appendix “FEMM-15”).

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 11 MAI 1992

(23)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 15 h 35, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche. De l'Université du Michigan (É.-U.): Katie Richards, stagiaire.

Témoins: De l'Association canadienne de l'industrie du médicament: Gordon Postlewaite, directeur exécutif et secrétaire trésorier, Fondation pour la recherche en sciences de la santé; Leonora F. Marks, directeur des publications. De la Société canadienne de recherches cliniques: Dr Michael Rieder, directeur.

Conformément à son mandat qui découle du paragraphe 108(2) du Règlement, le Sous-comité poursuit son étude sur le cancer du sein (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 22 octobre 1991, fascicule n° 1).

Les témoins font des exposés et répondent aux questions.

Il est convenu,—Que le document intitulé «*Réaction de l'Association canadienne de l'industrie du médicament*» présenté par l'Association canadienne de l'industrie du médicament, figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (voir appendice «FEMM-14»).

Il est convenu,—Que les renseignements supplémentaires fournis par le Dr David Beatty de l'Institut national du cancer, le 6 avril 1992, figurent en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (voir appendice «FEMM-15»).

À 17 h 10, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Monday, May 11, 1992

• 1536

The Chairman: We would like to welcome you to this meeting. We have with us today Dr. Michael Rieder and Mr. Gordon Postlewaite. We had better proceed with the Pharmaceutical Manufacturers Association first because of the slide projector situation. Would you begin, please.

Mr. Gordon Postlewaite (Director, University and Scientific Affairs, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada): I would like you to meet my colleague, Ms Marks, who is our director of publications at the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada.

I wear a second hat as the executive director of our health research foundation.

Given some previous testimony, we were invited to come and give you a brief overview of some hard statistical facts on the R and D expenditures of PMAC members in Canada. I have a couple of independent sources, rather than just our own, to lend credibility.

One is a study by the Association of Canadian Medical Colleges, which has shown that industry funding at faculties of medicine in our universities has expanded tenfold since their index year of 1981-82. Since 1986-87, it has tripled, and it has the largest three-year average growth rate of 38% compared to the average of 9% for all other sources combined, and that would include the Medical Research Council, provincial granting agencies and the voluntary non-profit organizations, such as the Heart and Stroke Foundation and the National Cancer Institute.

The study projects that the industry will surpass all national non-profit institutes by 1993 or 1994, as the second largest source of funding.

The second resource that I would like to refer you to, and I do have copies of these studies to leave behind with you, is the Patented Medicine Prices Review Board that was created by Bill C-22. They now have their third annual report out, which takes us up to 1990, and it shows that the industry surpassed its commitment since 1987 of 8% of sales two years ahead of schedule. We have now reached 10% of sales invested in R and D six years ahead of schedule, which we were to arrive at by 1996.

These confirm PMAC's own independent studies, which are done by Peat Marwick, and I refer you to those because they are a different combination of companies. The PMPRB covers only companies that have patents.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le lundi 11 mai 1992

La présidente: Nous souhaitons la bienvenue à nos témoins. Nous accueillons aujourd'hui le D^r Michael Rieder et M. Gordon Postlewaite. Parce qu'on doit utiliser le projecteur, il vaut mieux que ce soit l'Association canadienne de l'industrie du médicament qui compare en premier. Je vous prie de commencer.

M. Gordon Postlewaite (directeur, Affaires universitaires et scientifiques, Association canadienne de l'industrie du médicament): J'aimerais d'abord vous présenter ma collègue, madame Marks, qui est directrice des publications à l'Association canadienne de l'industrie du médicament.

Je suis également directeur exécutif de notre fondation de recherche en matière de santé.

Vous nous avez invités à venir vous donner un bref aperçu des investissements consacrés par notre association à la recherche et au développement. Outre nos propres statistiques, je vais vous fournir des données tirées de sources indépendantes, ce qui devrait les rendre plus crédibles.

L'étude menée par l'Association des Facultés de médecine du Canada démontre que les sommes accordées par notre industrie aux facultés de médecine universitaires ont décuplé depuis l'année de référence 1981-1982. Depuis 1986-1987, ces investissements ont triplé, et c'est d'ailleurs au cours de cette période de trois ans que le taux de croissance des investissements de notre secteur a été le plus élevé, soit 38 p. 100 contre un taux de croissance moyen de 9 p. 100 en ce qui touche les investissements provenant d'autres sources dont le Conseil de recherches médicales, les organismes subventionnaires provinciaux ainsi que les organismes bénévoles à but non lucratif comme la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'Institut national du cancer du Canada.

Cette étude prévoit que les investissements de l'industrie du médicament dépasseront ceux des instituts nationaux à but non lucratif d'ici 1993 ou 1994, et elle deviendra ainsi la deuxième principale source de financement de la R&D.

J'aimerais maintenant vous parler des études menées par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés créé à la suite de l'adoption du projet de loi C-22. Je vous remettrai ensuite des exemplaires de ces études. Le Conseil vient de publier son troisième rapport annuel, qui fait l'état de la question jusqu'en 1990. Le rapport démontre que l'industrie du médicament a dépassé deux ans plus tôt que prévu l'engagement pris en 1987 de consacrer 8 p. 100 de ses ventes à la R&D. Six ans plus tôt que prévu, nous y consacrons maintenant 10 p. 100 de nos ventes, objectif que nous comptons atteindre en 1996.

Ces chiffres confirment les résultats de nos propres études, menées par le Cabinet Peat Marwick. Je vous renvoie à ces études car elles portent sur les investissements de diverses sociétés pharmaceutiques. L'étude du Conseil, elle ne porte que sur les sociétés vendant des médicaments brevetés.

[Texte]

There are several companies that don't have patents, but certainly invest in research and development. Our figures show a growth since 1987 of from \$101.3 million to \$301.1 million. We are now one of the most research-intensive industries in Canada and our members' expenditures exceed by one-third again the total budget of the Medical Research Council of Canada.

Two aspects of this data are worth pointing out, one of which is basic research. A lot of people have the impression that our industry doesn't invest any money in basic research. It has shown the largest growth, 131% over the period. At \$70.1 million, it has grown from 19.2% of the total current expenditures of our members to 26.4%.

So we are getting very close to the desirable target of 30% expenditures on basic as opposed to applied research.

Extramural funding is also growing rapidly; 22 PMAC members reported extramural investments in basic, biological, and chemical research of \$20 million in 1990, and total extramural funding at universities has expanded 55% from \$55.4 million to \$84.1 million since Bill C-22 was introduced. So they are now at 31.8% of total current expenditures, which is again slightly above the desirable target that the research community has said the industry should strive to achieve—30% of their expenditures.

• 1540

I should point out that of pharmaceutical R and D in Canada, 98.2% is self-funded by the industry without assistance from government agencies, and this again is pointed out by the Patented Medicine Prices Review Board.

During this period employment by our industry has gone up 10%. During these tough economic times, when industries are rationalizing their global operations, our industry has been highly successful in identifying the strengths of Canadian operations and attracting a greater share of their global R and D investments to Canada. We've had a 48% growth in employment in the medical research and development area in our industry.

I'll leave you this report that gives more detail. I just wanted to highlight the basics to indicate that the industry is certainly exceeding its public commitments on investment in R and D in Canada, as evidenced by reports done by external third parties.

[Traduction]

Plusieurs sociétés qui ne détiennent pas de brevets investissent des sommes importantes dans la recherche et le développement. Nous avons constaté que depuis 1987, ces investissements sont passés de 101,3 millions de dollars à 301,1 millions de dollars. Notre industrie est maintenant celle qui consacre le plus de fonds à la recherche au Canada et les dépenses faites à ce titre par nos membres dépassent d'un tiers le budget total du Conseil de recherches médicales du Canada.

Il convient d'attirer votre attention sur deux points qui ressortent de ces données, notamment sur la recherche fondamentale. Nombreux sont ceux qui croient que notre industrie n'investit pas dans la recherche fondamentale. Or, c'est dans ce domaine que nos investissements ont connu la plus forte croissance, soit 131 p. 100 au cours de la période visée. Ces investissements de l'ordre de 70,1 millions de dollars représentent maintenant 26,4 p. 100 des dépenses courantes totales de nos membres contre 19,2 p. 100 au cours de la période ayant précédé la période de référence.

Nous sommes donc très près d'atteindre l'objectif que nous visons, à savoir consacrer 30 p. 100 de nos dépenses à la recherche fondamentale par opposition à la recherche appliquée.

Les fonds accordés à des organismes extérieurs s'adonnant à la recherche croissent aussi rapidement. En effet, 22 membres de l'ACIM ont fait état d'investissements extra-muros de 20 millions de dollars en 1990 au titre de la recherche biologique, de la recherche chimique et de la recherche fondamentale. Au total, les fonds extra-muros accordés aux universités représentent maintenant 55 p. 100 des fonds totaux consacrés à la recherche, et ils sont passés de 55,4 millions de dollars à 84,1 millions de dollars depuis l'adoption du projet de loi C-22. Ces dépenses représentent maintenant 31,8 p. 100 des dépenses courantes totales, pourcentage qui est encore une fois légèrement supérieur à l'objectif de 30 p. 100 que les chercheurs souhaitent lui voir adopter.

Je tiens à souligner que la R & D effectuée dans le domaine pharmaceutique au Canada est autofinancée à 98,2 p. 100 par l'industrie, c'est-à-dire sans l'aide des organismes gouvernementaux, ce que souligne le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Au cours de la période visée, l'emploi au sein de notre industrie a augmenté de 10 p. 100. Malgré le fait que la situation économique soit difficile, notre industrie a rationalisé ses opérations et a réussi à tirer parti de ses points forts et à inciter les sociétés qui en font partie à consacrer une plus grande part de leurs investissements en R & D au Canada. L'emploi dans le secteur de la recherche et du développement médical a augmenté de 48 p. 100 au sein de notre industrie.

Je vais vous laisser ce rapport qui vous fournira plus de détails. Je voulais simplement souligner le fait que l'industrie a déjà surpassé ses engagements qu'elle avait pris en ce qui touche les investissements en R & D au Canada comme le confirment les rapports publiés par de tierces parties.

[Text]

I also have the copy of the report itself, and a highlight of it I've sent to deans and associate deans of research in health science faculties. It again summarizes all the various aspects, basic, applied, intramural, extramural, source of funding, for the record. I could maybe stop there on the R and D.

I should add that PMPRB also monitors introductory prices and price increases, and no introductory prices have been found excessive by the board; there have been no compulsory licences issued for non-compliance and, in terms of price increases on existing products, I believe they're running at about 3.1%.

Ms Leonora F. Marks (Director of Publications, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada): Yes, it's 3.1%.

Mr. Postlewaite: That is lower than the board guidelines and lower than the Consumer Price Index, which was about 4.3% over the period. So the expansion in R and D is not coming at the expense of prices in Canada. It's coming from our attracting a larger share of global investments in R and D. Pharmaceutical R and D is a global endeavour because of the size of its costs and the high risk of success. I might pause there, if there are any questions on those data.

The Chairman: It would be better to have the presentation and then the questions.

Mr. Postlewaite: Okay. You've already received the full submission of PMAC to the Denis Gagnon review of the Health Protection Branch system. The importance of the length of time it takes for a new drug to be approved in Canada is that it erodes the effective patent life of a product. You have a patent term of 20 years from the date you file it. It used to be 17 years from the date of granting. It takes three years from the date you file to the date it is granted to you. Bill C-22 changed it to 20 years from date of filing. So that's your patent term in Canada, and it has been that way since 1987.

But the first 10 years of that patent term is being eroded by delays in getting the product approved to come to market—the regulatory approval process. I believe Dr. Rieder will get into more detail on that specific aspect. That leaves your effective patent life in the marketplace at far less than the 20 years of the patent term. Canada's problem here is that with 10 years or less effective patent life in the marketplace, we are losing our competitive edge globally while other countries such as the European Economic Community and the United States are extending their patent life to compensate for the regulatory delays.

[Translation]

J'ai un exemplaire du rapport lui-même, et j'en ai fait parvenir un extrait aux doyens et aux vice-doyens de la recherche des Facultés de sciences de la santé. On y aborde de façon succincte tous les aspects de la question à commencer par la recherche fondamentale, la recherche appliquée, la recherche interne et la recherche externe ainsi que les sources de financement. Voilà ce que j'avais à dire au sujet de la R & D.

J'ajouterai que le CEPMB surveille les prix de lancement des médicaments ainsi que les augmentations de prix, et qu'il n'a constaté aucun abus à cet égard. Aucune violation de la loi n'a donné lieu au retrait d'une licence obligatoire et je crois que les augmentations de prix sur les médicaments existants se situent aux alentours de 3,1 p. 100.

Mme Leonora F. Marks (directrice des publications, Association canadienne de l'industrie du médicament): Oui, c'est 3,1 p. 100.

M. Postlewaite: Cette augmentation est inférieure au plafond prévu par le Conseil ainsi qu'à l'indice des prix à la consommation, lequel a été de 4,3 p. 100 au cours de la période visée. Par conséquent, cette augmentation de la R & D n'a pas entraîné d'augmentation des prix au Canada. Elle est attribuable au fait qu'une plus grande part des investissements en R & D sont faits au Canada. La R & D dans le domaine pharmaceutique doit être l'aboutissement d'efforts communs compte tenu de son coût élevé et des risques qu'elle présente. Je pourrais peut-être m'arrêter pour répondre aux questions sur ces données.

La présidente: Il vaudrait mieux que vous finissiez votre exposé.

M. Postlewaite: Très bien. Vous avez déjà reçu la réponse de notre association à l'examen mené par Denis Gagnon de la Direction générale de la protection de la santé. Parce qu'on met beaucoup de temps à homologuer les nouveaux médicaments au Canada, cela réduit la durée des brevets. Le brevet est valable pour une période de 20 ans à partir du moment de la demande d'homologation. Autrefois, il expirait après 17 ans. Or, trois années s'écoulent entre le moment où la demande est faite et le moment où le brevet est accordé. Le projet de loi C-22 portait la durée du brevet à 20 ans à partir du moment du dépôt de la demande. Voilà donc quelle est la durée d'un brevet au Canada, et c'est le cas depuis 1987.

On rogne cependant sur les dix premières années de la durée d'un brevet parce qu'on met tant de temps à homologuer le nouveau médicament. Le retard est imputable au processus réglementaire. Je crois que le docteur Rieder vous en dira plus long à ce sujet. Par conséquent, la durée véritable du brevet est inférieure à 20 ans. Cette érosion du brevet compromet notre compétitivité à l'échelle internationale alors que des pays comme ceux qui appartiennent à la Communauté économique européenne ainsi que les États-Unis prolongent la durée de leurs brevets pour tenir compte de la lenteur du processus réglementaire.

[Texte]

The United States has an effective patent life now of 14 years; they have had it since 1984. The European Economic Community has agreed to a 15-year effective patent life. So with Canada at 10 years, it's difficult for Canadian CEOs to argue their case at their corporate headquarters to attract the investments to Canada, because they don't have as long a period to earn a return on that investment.

• 1545

I've brought with me a survey that our members conduct annually, called the "Drug Investigations Submission Report". The total number of days between filing your new drug submission with regulatory authorities and getting your notice of compliance has risen from 940 days in 1987 to 1,163 in 1991. We have a serious problem. Some 83% of that time is taken up by the regulatory authorities. It can take up to one and a half years while a review just sits in a queue waiting for the regulatory review to begin. That compares with 900 days in the United States. They have a serious problem as well, but Canada's is certainly far more serious. Some 24% of the submissions that go into the Health Protection Branch take more than five years to be approved for market.

I'll table that report with you as well.

The importance of that is that many of these drugs are drugs for diseases in women. There are 263 drugs in development for women: 48 in the cardio-vascular or cerebro-vascular area, 58 for cancer, and 51 in the obstetrics-gynaecology area. Some 40% of the R and D is on the top three causes of death in women—heart diseases, cancer, and cerebro-vascular disease. There are 58 new drugs in development in all top forms of cancer; 29 in lung cancer, which is the No. 1 cause of death; 37 in breast cancer, which is the No. 2 cause, and it's more than any other disease; and 31 in forms of ovarian cancer. The PMPRB report shows that in Canada 23 of the 705 products it has measured are for cancer treatments, with a market of \$57 million.

I have brought with me some data from the Food and Drug Administration in the United States that talks about drugs in development for women. It takes a look at the different cytokines in cancer, the different forms of alpha interferon, the FDA approval times, so that you can compare them with ours in Canada, and the Canadian review times, which I will table as well. I think you will find all of this useful background information.

I've also brought along a very brief table on our Health Research Foundation, because the Health Research Foundation is funding research at universities, funding young researchers at universities across the country, and it's part of the industry's commitment under Bill C-22 as well. It operates under the Medical Research Council University-Industry Program, and injects \$1.7 million per annum into our universities to train young researchers, in Canada.

[Traduction]

Aux États-Unis, la durée d'un brevet est de 14 ans depuis 1984. La Communauté économique européenne s'est entendue sur une durée de 15 ans. Comme la durée réelle du brevet est de 10 ans au Canada, les chefs d'entreprises canadiens ont du mal à attirer des investissements au Canada puisqu'il est difficile de rentabiliser ces investissements en si peu de temps.

J'ai apporté une enquête que nos membres effectuent chaque année et qui s'intitule «Drug Investigations Submission Report». Le nombre total de jours qui s'écoulent entre le dépôt d'une demande d'homologation d'un nouveau médicament auprès des autorités de réglementation et la réception de l'avis de conformité est passé de 940 en 1987 à 1,163, en 1991. Cela pose un sérieux problème. Les autorités de réglementation accaparent 83 p. 100 de ce temps. Il faut parfois attendre jusqu'à 18 mois que l'examen soit entamé. Par comparaison, aux États-Unis, le délai est de 900 jours. Il est déjà très long, mais la situation est beaucoup plus grave au Canada. Environ 24 p. 100 des médicaments soumis à la Direction générale de la protection de la santé ne reçoivent le feu vert que cinq ans plus tard ou plus.

Je vais également déposer ce rapport auprès du comité.

La situation est d'autant plus grave qu'un grand nombre de ces médicaments sont destinés aux femmes. Il y a 263 médicaments en préparation à l'intention des femmes: 48 pour les maladies cardio-vasculaires ou cérébro-vasculaires, 58 contre le cancer et 51 pour les soins obstétriques et gynécologiques. Environ 40 p. 100 de la R & D visent les trois principales causes de décès chez les femmes soit les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les maladies cérébro-vasculaires. Cinquante-huit nouveaux médicaments contre les principales formes de cancer sont en attente d'homologation dont 29 pour le cancer du poumon, qui est la principale cause de décès; 37 pour le cancer du sein, qui est la deuxième cause, et ces médicaments sont plus nombreux que pour toute autre maladie; et 31 médicaments contre diverses formes de cancer ovarien. Le rapport du CEPMB révèle que 23 des 705 produits qu'il a examinés sont des médicaments contre le cancer qui représentent un marché de 57 millions de dollars.

J'ai apporté quelques données sur les médicaments en préparation pour les femmes émanant de la Food and Drug Administration des États-Unis. Ce document passe en revue les divers types de cytokines contre le cancer, les diverses formes d'interféron alpha, le délai d'approbation de la FDA, ce qui vous permet de les comparer avec les données comparables concernant le Canada, que je vais également déposer. Tous ces renseignements vous seront sans doute utiles.

J'ai également apporté un bref document sur notre Fondation de recherche en matière de santé. En effet, cet organisme finance la recherche universitaire, les jeunes chercheurs de toutes les universités du pays et cela s'inscrit également dans les engagements que notre secteur prend dans le cadre du projet de loi C-22. Ce programme s'inscrit dans le Programme de financement université-industrie du Conseil de recherches médicales et fournit 1,7 million de dollars par an à nos universités pour la formation des jeunes chercheurs canadiens.

[Text]

Ms Marks: I want to bring to the attention of the subcommittee a couple of initiatives we felt would be of interest to you. The International Medical Benefit Risk Foundation located in Geneva, supported by several transnational research-based pharmaceutical companies—PMAC counterparts—was launched in June of last year. The foundation serves as a centre for analysis, a forum for discussion, and a catalyst for improvement in the area of risk-benefit assessment of pharmaceuticals.

One of the major projects being initiated by the foundation is the convening of a workshop on the feasibility of conducting a definitive study of the relationship between hormone replacement therapy—mainly estrogens—in women and breast cancer risks. As I'm sure you're aware, estrogen is taken by millions of women around the world. There are important medical benefits. Yet, despite the very many studies that have been carried out, it is still not entirely clear whether, or how much, this therapy increases breast cancer risk, or how the risk indeed may increase depending on the duration of the therapy.

This workshop, which would be directly involved, will bring together the world's experts and representatives of the principal hormone manufacturers and regulators to examine whether an ambitious, co-ordinated research strategy and plan can be devised for finally resolving this issue.

• 1550

We have direct links with the foundation, as I've said, and we shall be following up to ensure that whatever documentation and decisions emanate from the workshops are communicated to this subcommittee. We've been talking a lot about cancer lately, but one interesting fact that came to our attention over the weekend is that a study entitled *Coronary Diseases in Women*, by Dr. Doris Kavanagh Gray, has found that the disease is "responsible for as many deaths in women as cancer."

Our president, the Hon. Judy Erola, was attending a conference last weekend at the Federation of Medical Women of Canada, and this is where the information came to light. We are in the process of trying to obtain a copy of the study and will be happy to make it available to the committee.

Finally, one other item of interest that came to light over the weekend was a very informative presentation on what's new in breast cancer treatment by Dr. Paula Gordon of Vancouver. I think you might find it useful. If we can follow up on your behalf, we would be happy to do so.

Thank you for your attention.

The Chairman: Should we hear from Dr. Rieder first and then have a discussion?

Mrs. Clancy (Halifax): I thought they were two different—

The Chairman: They're both related in terms of—

Mrs. Clancy: I have a couple of questions that are specific to the pharmaceutical industry.

The Chairman: Whatever you wish. Do you want to ask questions first?

[Translation]

Mme Marks: Je voudrais signaler à l'intention du sous-comité quelques initiatives qui devraient vous intéresser. En juin dernier, la International Medical Benefit Risk Foundation a été créée, à Genève, avec l'appui de plusieurs compagnies pharmaceutiques transnationales qui font de la recherche—des homologues de l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Cette fondation joue le rôle de centre d'études, de tribune et de catalyseur pour l'amélioration de l'analyse risques-avantages des produits pharmaceutiques.

L'un des principaux projets mis sur pied par la Fondation consiste à organiser un atelier sur la faisabilité d'une étude concluante des rapports entre l'hormonothérapie substitutive—tous les oestrogènes—chez la femme et les risques de cancer du sein. Comme vous le savez sans doute, des millions de femmes dans le monde prennent des oestrogènes. Ils offrent d'importants avantages sur le plan médical. Cependant, malgré les nombreuses études réalisées sur ce sujet, on ne sait pas encore exactement si ce traitement augmente le risque du cancer du sein et dans quelle mesure ou si les risques augmentent selon la durée du traitement.

Cet atelier réunira des experts du monde entier, les représentants des principaux fabricants d'hormones ainsi que des organismes de réglementation qui verront ensemble s'il est possible d'établir une stratégie de recherche ambitieuse et coordonnée pour résoudre enfin cette question.

Nous sommes directement en rapport avec la Fondation et nous allons faire un suivi pour veiller à ce que les documents et les décisions émanant de ces ateliers soient communiqués à votre sous-comité. Il a été beaucoup question du cancer dernièrement, mais nous avons appris, au cours du week-end, qu'une étude du Dr Doris Kavanagh Gray, intitulée *Coronary Diseases in Women* révélait que les maladies coronariennes causaient autant de décès chez les femmes que le cancer.

Notre présidente, l'honorable Judy Erola, a assisté, le week-end dernier, à une conférence de la Fédération des femmes médecins du Canada où les résultats de cette étude ont été communiqués. Nous essayons d'en obtenir un exemplaire et nous nous ferons un plaisir de le mettre à la disposition du comité.

Enfin, le Dr Paula Gordon, de Vancouver, a fait, au cours de ce week-end, un exposé très intéressant sur les nouvelles formes de traitement du cancer du sein. Je pense que cela pourrait vous être utile. Si vous désirez que nous obtenions des renseignements complémentaires pour vous, nous le ferons avec plaisir.

Merci de votre attention.

La présidente: Voulez-vous que nous entendions le Dr Rieder et que nous discussions ensuite?

Mme Clancy (Halifax): Je pensais qu'il y avait deux...

La présidente: Les deux sont reliés...

Mme Clancy: J'aurais une ou deux questions concernant l'industrie pharmaceutique.

La présidente: Comme vous voulez. Voulez-vous commencer par poser vos questions?

[Texte]

Mrs. Clancy: Sure.

Thank you very much Mr. Postlewaite and Ms Marks. Please give my fondest regards to your president, who is a mentor and friend. I guess I'm glad she's not here because now I'm going to get a little rough.

Out of curiosity, and I might have missed it in your presentation, Mr. Postlewaite, but I believe you said that the research by your industry increased 131% during the period. Is that the period since the passage of the bill in 1987?

Mr. Postlewaite: Yes. I can give you the exact—

Mrs. Clancy: No, it's all right. I wanted to make sure I was in the ballpark.

Mr. Postlewaite: That was basic research.

Mrs. Clancy: Could you tell me what would be the percentage growth in profits in the pharmaceutical industry in the same period? If you don't know the answer, could you provide it to us?

Mr. Postlewaite: Yes. I suppose we can try to get it for you. I know that it is running around 10% of total income and has been fairly stable at that percentage level.

Mrs. Clancy: But that doesn't give me a figure comparable to the 131% figure.

Mr. Postlewaite: No. I see what you mean.

Ms Marks: We can certainly endeavour to get it for you.

Mrs. Clancy: I would appreciate that.

Mr. Postlewaite: That's Statistics Canada data. They compare all industries on the same basis. To put that into a bit of context for you, the after-tax net profitability of 10% of total income is the figure that I gave you. That's the figure that they use. Our industry is quite a bit above average for all industries, but there are a lot of industries that are not R and D based and don't reinvest into research. If you compare us with research-based industries, we are below average in profitability. We're lower, for example, than telecommunications. But I'm afraid that the Statistics Canada data that we'll be able to get for you will be about two years out of date. They're always lagging two years behind. But we can get that for you.

Mrs. Clancy: It will give me an idea at any rate.

You said that your industry increased its funding from \$55 million to \$84 million at Canadian universities.

Mr. Postlewaite: If you'll bear with me for a minute, I'll get the exact figures here. Yes. What we term "extra-mural funding" at universities, affiliated teaching hospitals, research institutions—

Mrs. Clancy: I'd like to get clear what you mean by "extra-mural funding." Do you mean outside your own industry?

[Traduction]

Mme Clancy: Certainement.

Je remercie beaucoup M. Postlewaite et M^{me} Marks. Veuillez faire parvenir mes salutations à votre présidente que je considère comme mon mentor et mon amie. Je préfère qu'elle soit absente, car je vais être un peu rude.

Par curiosité, il se peut que vous en ayez parlé dans votre exposé, monsieur Postlewaite, vous avez dit, je crois, que le budget consacré par votre secteur à la recherche avait augmenté de 131 p. 100 au cours de la période visée. S'agit-il de la période écoulée depuis l'adoption du projet de loi, en 1987?

M. Postlewaite: Oui. Je peux vous indiquer exactement. . .

Mme Clancy: Non, c'est bien. Je voulais être certaine d'avoir bien compris.

M. Postlewaite: Il s'agit de la recherche fondamentale.

Mme Clancy: Pourriez-vous me dire quel a été le pourcentage de croissance des bénéfices de l'industrie pharmaceutique au cours de la même période? Si vous ne connaissez pas la réponse, pourriez-vous nous la faire parvenir?

M. Postlewaite: Oui. Nous pourrions sans doute vous obtenir ce chiffre. Je sais qu'il se situe aux alentours de 10 p. 100 du revenu total et qu'il est resté assez stable.

Mme Clancy: Mais cela ne me permet pas d'établir une comparaison avec votre chiffre de 131 p. 100.

M. Postlewaite: Non. Je vois ce que vous voulez dire.

Mme Marks: Nous allons certainement essayer de vous obtenir ce chiffre.

Mme Clancy: Je l'apprécierais beaucoup.

M. Postlewaite: Il s'agit des données de Statistique Canada. Ils comparent tous les secteurs sur la même base. Pour vous donner une meilleure idée, le chiffre que je vous ai donné correspond au bénéfice net après impôt qui est de 10 p. 100 du revenu total. C'est le chiffre utilisé par Statistique Canada. Notre secteur se situe légèrement au-dessus de la moyenne pour l'ensemble de l'industrie, mais de nombreux secteurs ne sont pas basés sur la R & D et ne réinvestissent pas dans la recherche. Si vous nous comparez avec les secteurs qui font de la recherche, notre rentabilité se situe en-dessous de la moyenne. Par exemple, elle est inférieure à celle du secteur des télécommunications. Mais j'ai bien peur que les données de Statistique Canada que nous pourrions obtenir pour vous aient deux ans de retard. Le retard est toujours de deux ans. Mais nous pourrions les obtenir.

Mme Clancy: Cela me donnera une idée générale.

Vous dites que votre secteur a porté de 55 millions à 84 millions de dollars son aide financière aux universités canadiennes.

M. Postlewaite: Si vous m'accordez une seconde, je vais vous donner les chiffres exacts. Oui. Pour ce qui est de ce que nous appelons «le financement extra-muros» des universités, des hôpitaux d'enseignement affiliés, des institutions de recherche. . .

Mme Clancy: Je voudrais savoir exactement ce que vous entendez par «financement extra-muros»? Voulez-vous dire en dehors de votre secteur?

[Text]

Mr. Postlewaite: Yes. That would be outside the industry—

Mrs. Clancy: In other words, if Dr. X at Dalhousie medical school wanted to do a certain research project, she would apply to you and—

Mr. Postlewaite: Yes, on a contractual basis or on a grant basis.

Mrs. Clancy: All right. With \$84 million, how many universities would you fund?

• 1555

Mr. Postlewaite: There is funding at all 18 faculties of medicine and faculties of pharmacy.

A voice: There are 16.

Mr. Postlewaite: There are 16 and there are 9 faculties of pharmacy.

Mrs. Clancy: You could have fooled me. I did not know if there were 18 or 16. How many did you say? There were 9 in pharmacy?

Mr. Postlewaite: Let's call them health science faculties and include nursing as well.

Mrs. Clancy: Okay. We are looking at approximately 25 different schools of medicine, pharmacy or nursing.

Mr. Postlewaite: Yes.

Mrs. Clancy: What would be your lowest grant and what would be your highest? What's your scope?

Mr. Postlewaite: The lowest grant would be a summer research studentship at a faculty of medicine. It would run around \$5,000.

The largest for our association or our foundation is the five-year career award in medicine, which runs around \$60,000 a year for five years.

There are individual company grants that could range up to \$2 million or \$3 million.

Mrs. Clancy: All of that is included in the global figure of \$84 million.

Mr. Postlewaite: That's right.

Mrs. Clancy: Okay. The Medical Research Council of Canada is under your level in funding. Do you know what the difference is?

Mr. Postlewaite: Their budget is slightly over \$200 million and our members' spending was \$301.1 million in 1990.

Mrs. Clancy: Okay.

Mr. Postlewaite: What I said was that we are one-third again larger than the MRC R and D budget.

Mrs. Clancy: First of all, you mentioned one cancer being the No. 1 killer. You are talking about the No. 1 killer in cancers for men, because it is not the No. 1 killer for women. It is the fastest-growing killer for women, but it is not the No. 1 killer.

[Translation]

M. Postlewaite: Oui. C'est en dehors du secteur. . .

Mme Clancy: Autrement dit, si le D^r X de la Faculté de médecine de Dalhousie désire entreprendre un certain projet de recherche, elle vous demandera des fonds et. . .

M. Postlewaite: Oui, sous la forme d'un contrat ou d'une subvention.

Mme Clancy: Très bien. Avec ces 84 millions de dollars, combien d'universités financez-vous?

M. Postlewaite: Nous financerons toutes les 18 facultés de médecine et facultés de pharmacie.

Une voix: Il y en a 16.

M. Postlewaite: Il y en a 16 et neuf facultés de pharmacie.

Mme Clancy: Vous auriez pu m'avoir. Je ne savais pas s'il y en avait 18 ou 16. Vous avez dit combien? Qu'il y avait neuf facultés de pharmacie?

M. Postlewaite: Disons facultés de sciences de la santé, y compris les sciences infirmières.

Mme Clancy: D'accord. Il y a donc environ 25 facultés de médecine, de pharmacie ou de sciences infirmières.

M. Postlewaite: En effet.

Mme Clancy: Quels sont les montants de la subvention la moins élevée et de la subvention la plus élevée? Quelle est votre fourchette?

M. Postlewaite: Nous accordons la plus petite subvention comme bourse de recherche en été dans une faculté de médecine. Elle s'élève à 5,000\$ environ.

Notre plus grande subvention est une bourse d'excellence dans la carrière, dont le montant est d'environ 60,000\$ par an pendant cinq ans.

Certaines entreprises offrent des subventions pouvant aller jusqu'à 2 ou 3 millions de dollars.

Mme Clancy: Tout cela est compris dans le chiffre total de 84 millions.

M. Postlewaite: En effet.

Mme Clancy: Parfait. Le Conseil de recherches médicales du Canada dispose d'un niveau de financement moins élevé que le vôtre. Savez-vous quelle est la différence?

M. Postlewaite: Leur budget dépasse légèrement 200 millions de dollars, alors que nos membres ont dépensé 301,1 millions de dollars en 1990.

Mme Clancy: Bon.

M. Postlewaite: Notre budget de recherche et développement dépasse d'un tiers celui du CRMC.

Mme Clancy: Tout d'abord, vous avez parlé d'un cancer qui est la principale cause de décès. Mais il s'agit de la principale cause de décès chez les hommes, et non chez les femmes. C'est le cancer dont l'incidence croît le plus rapidement chez les femmes, mais ce n'est pas la principale cause de décès chez elles.

[Texte]

Mr. Postlewaite: Those were American statistics.

Mrs. Clancy: They are in conflict with the National Institutes of Health, I can tell you, and the National Cancer Institute. I just wanted to check on that. Perhaps you could let us know about that.

Do you have the funding for drugs used in breast cancer specifically? As you know, people have said not very nice things about your organization with regard to funding. I can quote you Dr. Sterns, who's a professor of surgery at the medical school of Queen's University. He said:

The pharmaceutical industry profits from the manufacture of drugs and biologicals used in breast cancer and, counter to their newspaper and television ads, their contribution to research is disgraceful. If only a small proportion of the moneys that they spend on advertising were diverted to research, we would be light-years ahead.

Mr. Postlewaite: Well, I have given you what the expenditures are.

Mrs. Clancy: However, you said "cancer". Can you delineate into breast cancer?

Mr. Postlewaite: I cannot break down the Canadian R and D expenditures.

I can tell you that in the United States there are 37 drugs under development for breast cancer. Certainly Canada will be participating in some of that research.

A good example is the University of Western Ontario. There's the faculty of medicine and the Robarts Institute.

Mrs. Clancy: I don't want to cut you off.

Mr. Postlewaite: They fund a lot of—

Mrs. Clancy: I don't want to cut you off, but is there any way that we could find out the specific breast cancer research funded by the pharmaceutical industry in Canada?

Mr. Postlewaite: We would have to conduct a survey to get it. We do not have the information.

Ms Marks: We do not compile the information in that form, Mary.

Mrs. Clancy: Okay. It would seem to me that would be the best way to counteract the testimony we have.

Mr. Postlewaite: The PMPRB does break them down, but—

Mrs. Clancy: I'm sorry, but what is the PMPRB?

Mr. Postlewaite: I'm sorry. It's the Patented Medicine Prices Review Board. They do not distinguish different types of cancers, but they do have a number of products on the market for treating cancer.

We would have to do a survey of PMAC members to obtain that information and that would probably take a couple of months. If you wanted to get data you could rely on done through an independent survey company—

Mrs. Clancy: Are you prepared to do that?

[Traduction]

M. Postlewaite: Il s'agissait de statistiques américaines.

Mme Clancy: Je peux vous dire qu'elles contredisent celles du «National Institute of Health» et de l'Institut national du cancer. Je voulais tout simplement tirer les choses au clair. Sans doute voudrez-vous nous apporter des précisions là-dessus.

Combien d'argent consacrez-vous aux médicaments utilisés dans le traitement du cancer du sein? Comme vous le savez, votre association n'a pas très bonne réputation en ce qui concerne le financement. Je peux vous citer le docteur Sterns, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université Queen. Il a dit:

L'industrie pharmaceutique s'enrichit en fabriquant des médicaments et des produits biologiques utilisés dans le traitement du cancer. Contrairement à ces messages publicitaires dans les journaux et à la télévision, sa contribution à la recherche est ridicule. Si elle consacrait seulement une petite fraction de son budget publicitaire à la recherche, nous réaliserions des progrès fulgurants.

M. Postlewaite: Eh bien, je vous ai dit quelles sont nos dépenses.

Mme Clancy: Cependant, vous parliez du cancer en général. Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est du cancer du sein?

M. Postlewaite: Je ne peux pas subdiviser les dépenses canadiennes en matière de recherche et de développement.

Aux États-Unis, on est en train de mettre au point 37 médicaments pour le traitement du cancer du sein. De toute évidence, le Canada participera à cette recherche.

L'Université Western Ontario en est un bon exemple. Il y a la Faculté de médecine et le «Robarts Institute».

Mme Clancy: Je ne veux pas vous interrompre.

M. Postlewaite: Ils financent beaucoup. . .

Mme Clancy: Je ne veux pas vous interrompre, mais est-il possible de savoir combien d'argent l'industrie pharmaceutique canadienne consacre à la recherche sur le cancer du sein?

M. Postlewaite: Pour le savoir, il faudrait mener une étude. Nous ne disposons pas de cette information.

Mme Marks: Nous ne réunissons pas d'information de ce genre, Mary.

Mme Clancy: Bon. Il me semble que ce serait la meilleure façon de réfuter les témoignages que nous avons reçus.

M. Postlewaite: Le CEPMB fait ce genre de répartition, mais. . .

Mme Clancy: Excusez-moi, mais qu'est-ce que le CEPMB?

M. Postlewaite: Pardon. C'est le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Il ne fait pas de distinction entre les différents types de cancer, mais il a un certain nombre de produits sur le marché pour le traitement du cancer.

Il nous faudrait mener une enquête auprès des membres de l'ACIM pour obtenir ces informations, et cela pourrait durer quelques mois. Si on veut obtenir des données fiables par le biais d'une firme de recherche indépendante. . .

Mme Clancy: Êtes-vous disposés à le faire?

[Text]

Ms Marks: Absolutely. We are prepared to try to do that.

Mrs. Clancy: Okay, I would certainly like to see it. Thank you, Madam Chair.

The Chairman: Thank you very much.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Thank you very much for coming and appearing at our subcommittee meetings as we wind down what turned out to be quite a long study into the issues surrounding breast cancer.

My colleague Mary Clancy has already touched on this issue. One of the goals of this committee, when we formed last fall, was to try to determine just what kind of effort was being directed specifically at breast cancers from a variety of sources in this country. It has proven to be, in fact, a very elusive figure to acquire from everyone we've asked—

• 1600

Mr. Postlewaite: Could I suggest the reason to you?

Ms Black: Well, I think we've heard a number of reasons—

Mr. Postlewaite: Research is highly competitive.

Ms Black: Yes, competitive. We get the response that some research in this field will benefit breast cancer patients, so we would really appreciate those figures.

I'd also ask, if you're doing that survey, that you would at the same time let us know what kind of research it is. Is this research from your industry into treatment and drugs only or do you do any research into causes of this disease?

Could you also give our committee a breakdown of the advertising budget of the pharmaceutical industry versus the research budget of the pharmaceutical industry? I think the figures would be interesting.

Mr. Postlewaite: I can give you a figure quickly right now, and we can get you more detail if you need it. It's very difficult to separate promotional expenditures from necessary educational expenditures, providing practitioners with the correct prescribing information so that they use the product properly and know the adverse reactions they can anticipate.

No drug is absolutely risk free, as you know. For every one page of a colourful advertisement you'll see in a medical magazine, it is required by law that you see beside it a whole page of very fine print—the entire monograph—and that's added to the promotional expenditures.

It's called the cost of an advertisement, but it's really educational. No one who was reasonable would call that page of print promotional. However, it's in these costs.

Ms Black: That doesn't apply to your mass media advertising. It would not apply to your television advertising or your advertising in popular culture—

[Translation]

Mme Marks: Absolument. Nous sommes disposés à essayer de le faire.

Mme Clancy: Parfait. J'aimerais certainement que vous le fassiez. Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Merci beaucoup d'être venus et d'avoir comparu devant ce sous-comité, au moment même où nous sommes en train de conclure ce qui s'est avéré une assez longue étude des questions relatives au cancer du sein.

Comme l'a dit ma collègue Mary Clancy, l'un des objectifs de ce comité, quand on l'a créé en automne dernier, était d'inventorier les diverses initiatives entreprises au Canada pour régler le problème du cancer du sein. Tous les témoins à qui nous avons posé la question ont été très réticents à nous donner un chiffre. . .

M. Postlewaite: Si vous permettez, je vais vous dire pourquoi.

Mme Black: Eh bien, nous avons entendu toutes sortes de raisons. . .

M. Postlewaite: La recherche est éminemment compétitive.

Mme Black: En effet. On nous dit que la recherche dans ce domaine sera profitable aux personnes souffrant du cancer du sein; par conséquent, nous aimerions vraiment connaître ces chiffres.

De plus, si vous entreprenez une étude, j'aimerais que vous nous disiez de quel genre d'étude il s'agit. S'agit-il d'une recherche menée par votre industrie uniquement sur le traitement et les médicaments, ou sur les causes de cette maladie?

J'aimerais également que vous donniez au comité des détails sur les montants que l'industrie pharmaceutique consacre à la publicité et à la recherche. Je crois que la comparaison serait intéressante.

M. Postlewaite: Je peux vous donner un chiffre maintenant, et nous pourrions vous fournir plus de détails si vous en avez besoin. Il est très difficile de séparer les dépenses que nous consacrons à la promotion et celles que nous consacrons à l'éducation, pour donner aux praticiens des renseignements justes pour la prescription, afin qu'ils utilisent judicieusement le produit et connaissent les effets secondaires auxquels ils peuvent s'attendre.

Comme vous le savez, aucun médicament n'est absolument sûr. Pour chaque page de publicité en couleur que nous publions dans une revue médicale, la loi nous oblige à y ajouter un page entière rédigée en très petits caractères—toute la monographie—ce qui ajoute aux dépenses de promotion.

Tout cela entre dans les coûts de publicité, mais en fait, ce sont des messages éducatifs. Aucune personne raisonnable ne peut estimer que cette page contient des informations publicitaires. Cependant, cela fait partie des coûts.

Mme Black: Cela ne s'applique pas à votre publicité dans les mass media, ni à la télévision, ni dans la culture populaire. .

[Texte]

Mr. Postlewaite: Prescription drugs are not, as a rule, advertised on television; it's illegal.

Ms Black: When you have an advertising campaign on television, it is sure to cost you some money.

Ms Marks: Our consumer information campaign, yes. But it does not specifically advertise drugs, as I'm sure you're well aware, because it is an advertising—

Ms Black: It is an advertising campaign—

Ms Marks: Absolutely.

Ms Black: —and would be part of the figures you will provide.

Mr. Postlewaite: We think it's important for Canadians to realize that excellent, high-quality research is being done in Canada, and it's important for our competitiveness. Unfortunately, we don't have enough students who are interested in pursuing research careers in the sciences, and that's part of our objective with that program.

When it comes to industry spending on marketing expenditures, journal advertising accounts for 1.8% of sales.

Ms Black: That is in medical journals?

Mr. Postlewaite: That's right. Direct mail accounts for 0.45% of sales; professional promotional materials, 1.7%; samples, or clinical trial packages, as they are normally described, 1.7%.

There are 3.5% of sales spent on product management, marketing research, translation and business development, which are really not promotional expenditures but rather salaries; and 11.6% is in personal selling expenses and training of detail representatives.

Ms Black: For sales commissions.

Mr. Postlewaite: Their cars, their salaries, their training, their training conferences, their education: you add them and you have total promotional marketing of 11% and direct selling of 11.6%. So, in total, 22.6% of the industry's sales are devoted to what you could call advertising and promotion and marketing, of all forms. That represents about 11% of the prescription dollar to the consumer.

Ms Black: How does that relate, then, to the dollars that are put into research?

Mr. Postlewaite: The expenditures on all of these types of marketing I've mentioned—salaries, direct selling, everything else—is slightly over \$300 million. As I've said, in 1990, R and D expenditures were \$301.1 million.

Ms Black: Quite a balancing act. One of the responses made in the United States by the Pharmaceutical Manufacturers Association to questions about the testing of drugs for use on women was that there are considerable

[Traduction]

M. Postlewaite: En vertu de la loi, il est interdit de faire de la publicité à la télévision pour les médicaments vendus sur ordonnance. C'est illégal.

Mme Black: Quand vous lancez une campagne publicitaire à la télévision, cela vous coûte certainement de l'argent.

Mme Marks: Oui, en ce qui concerne notre campagne d'information de la clientèle. Cependant, comme vous le savez certainement, la publicité ne porte pas spécifiquement sur des médicaments, car il s'agit d'une publicité. . .

Mme Black: Il s'agit d'une campagne publicitaire. . .

Mme Marks: Absolument.

Mme Black: . . . dont vous tiendrez compte dans vos calculs.

M. Postlewaite: Nous croyons qu'il est important pour les Canadiens de se rendre compte qu'au Canada, nous faisons des recherches excellentes et de qualité supérieure, ce qui est important pour notre compétitivité. Malheureusement, nous n'avons pas assez d'étudiants qui veulent poursuivre des carrières de chercheurs en matière scientifique, et cela fait partie de nos objectifs dans le cadre de ce programme.

Pour ce qui est des dépenses de promotion de l'industrie, la publicité dans les revues représente 1,8 p. 100 de notre chiffre d'affaires.

Mme Black: S'agit-il des revues médicales?

M. Postlewaite: Oui. La publicité directe représente 0,45 p. 100 du chiffre d'affaires; le matériel publicitaire professionnel, 1,7 p. 100; les échantillons ou les produits destinés aux essais cliniques, comme on les appelle, 1,7 p. 100.

Nous consacrons 3,5 p. 100 de notre chiffre d'affaires à la gestion des produits, à la recherche en commercialisation, à la traduction et à la recherche de clients; mais il ne s'agit pas vraiment de dépenses de promotion, mais plutôt de salaires; et 11,6 p. 100 aux dépenses liées à la vente personnelle et à la formation de représentants pour la vente au détail.

Mme Black: Les commissions.

M. Postlewaite: Leurs voitures, leurs salaires, leur formation, leurs conférences, leur éducation: en faisant le total, on en arrive à 11 p. 100 pour la promotion de la commercialisation, et 11,6 p. 100 pour la vente directe. Au total, 22,6 p. 100 du chiffre d'affaires de l'industrie sont consacrés à ce qu'on pourrait appeler la publicité, la promotion et la commercialisation, toute forme confondue. Cela représente environ 11 p. 100 des prix payés par le consommateur.

Mme Black: Quel est donc le rapport avec les sommes que vous consacrez à la recherche?

M. Postlewaite: Les fonds investis dans toutes les formes de commercialisation que j'ai citées—les salaires, la vente directe, représentent un peu plus de 300 millions de dollars. Comme je l'ai dit, en 1990, nous avons investi 301,1 millions de dollars dans la recherche et le développement.

Mme Black: Tout un exercice d'équilibrisme. En ce qui concerne la mise à l'essai des médicaments pour le traitement du cancer du sein, la Pharmaceutical Manufacturers Association des États-Unis a estimé qu'il s'agissait d'une

[Text]

challenges to testing drugs in women. I wondered whether you could talk about these challenges. One of the concerns I have in talking to some of my colleagues in the United States, in Congress, is that at times their questioning has been responded to that men are the statistical norm and therefore—

• 1605

Ms Marks: Unfortunately, that has been said.

Ms Black: Drugs are tested mainly on men. I know that because of pressure in the United States that's starting to change a little bit, but I wonder what the practice is in Canada, whether men are considered the norm in Canada also. What does that say for people of my gender when we are prescribed drugs for diseases perhaps that are not specific to women, if the testing has all been done on men?

Mr. Postlewaite: Well, I think it is an overstatement to say it is all done on men—

Ms Black: It has been in the past.

Mr. Postlewaite: In some of the later phases, where they are dose determining research, where the average dose is based on your average healthy adult 25-year-old male; but to say that women aren't involved in clinical testing for diseases that aren't specific to women I think is an overstatement. Now, I don't know of any study or statistic that quantifies that for you. If I did, I'd be the first—

Ms Black: Well, the evidence from the United States is quite the opposite—

Ms Marks: There is information on the use of women in clinical trials in the United States contained in the document *New Medicines and Development for Women*. I would suggest that you read that. I agree with Gordon that it might be a bit of an overstatement to put it the way you did, but let me admit that there is most definitely a great deal of room for improvement in terms of the use of women in clinical trials. There is a movement in the United States to change that, and I am sure the spillover will occur in Canada.

Ms Black: So you are saying that there is a necessity for a spillover into Canada—

Ms Marks: I think there is, personally.

Mr. Postlewaite: I believe there was an article in the newspaper within the last few days that talked about enrolling women in Canada in an international study, some 100,000 women—

Ms Black: Tamoxifen.

Ms Marks: Yes, the tamoxifen study.

An hon. member: It would be pretty hard to get men for that study.

Ms Black: I don't know that we could use men in that particular study, since it is looking at breast cancer. That's why I was careful to say diseases that are not specific only to women.

Ms Marks: For women.

[Translation]

opération extrêmement difficile. Pourriez-vous nous parler de ces défis? Mes collègues du Congrès américain se sont vu répondre lorsqu'ils posaient des questions à ce sujet que la norme statistique est basée sur les hommes et par conséquent. . .

Mme Marks: C'est ce qu'on a dit, malheureusement.

Mme Black: Les médicaments sont testés surtout sur les hommes. À cause des pressions exercées en ce domaine, la situation change quelque peu aux États-Unis, mais je me demande ce qui se passe au Canada et si on considère également que les hommes sont la norme. Qu'est-ce que cela signifie pour les femmes qui se font prescrire des médicaments dans le cas de maladies qui ne sont peut-être pas typiquement féminines?

M. Postlewaite: Il est exagéré de dire que tous les tests sont pratiqués sur des hommes. . .

Mme Black: C'était pourtant la situation dans le passé.

M. Postlewaite: Dans le cas des tests en fin de parcours, lorsque la recherche vise à déterminer le dosage, il est vrai que la dose moyenne tient compte de l'homme adulte moyen en santé âgé de 25 ans. Cependant, il est exagéré de dire à mon avis que les essais cliniques ne sont pas faits sur des femmes dans le cas de maladies qui ne sont pas typiquement féminines. Évidemment je ne pourrais vous donner des chiffres à ce sujet. Si je le pouvais, je serais le premier. . .

Mme Black: D'après les renseignements que nous avons des États-Unis, la situation est bien différente.

Mme Marks: Le document *New Medicines and Development for Women* donne des renseignements sur l'utilisation des femmes dans les essais cliniques aux États-Unis. Je vous suggère donc de vous y reporter. Je suis d'accord avec Gordon, cependant, et j'estime que ce que vous dites est sans doute une exagération; mais il est certainement possible de faire mieux en ce qui concerne les essais cliniques sur les femmes. À l'heure actuelle, la tendance aux États-Unis est d'apporter des changements dans ce domaine et je suis sûre que cela aura des répercussions au Canada.

Mme Black: Et vous estimez que c'est nécessaire?

Mme Marks: Certainement.

M. Postlewaite: Dans un article de journal paru au cours des derniers jours on parlait d'enrôler quelque 100,000 femmes au Canada pour une étude internationale. . .

Mme Black: Il s'agissait du tamoxifen.

Mme Marks: Oui, c'est de cela qu'il s'agissait.

Une voix: Il ne serait pas facile de trouver des hommes qui se prêtent à cette étude.

Mme Black: Je ne crois pas que l'on pourrait tester les hommes puisqu'il s'agit d'une étude sur le cancer du sein. C'est la raison pour laquelle j'ai bien fait attention de parler de maladies qui ne sont pas typiquement féminines.

Mme Marks: Oui.

[Texte]

Ms Black: Thank you.

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): Along the female line, could you give me an approximation of the percentage of women in science and research who are doing the R and D? Have you any idea of the percentage of women?

Mr. Postlewaite: It is quite high.

Mrs. Anderson: Is it?

Mr. Postlewaite: I have definite figures on our health research foundation—successful applicants through those research competitions for award support, and more than 50% are women.

In fact, we just had a presentation competition last fall in Montreal, and the first place winner was Dr. Suzanne Chamberland from Laval University, and there were an equal number of women presenting their research. So it is quite high.

Mrs. Anderson: Are they doing the research on women as much as on men? Have you any—

Mr. Postlewaite: I have no indication of whether that's true or not. Generally, I think, apart from therapies for diseases that affect women, pharmacol research is gender neutral.

Mrs. Anderson: You mentioned that the approval rating was very much delayed. What causes that delay, in your estimation?

Mr. Postlewaite: I think Dr. Rieder, who is highly knowledgeable in that area, intends to address that subject. But I can certainly offer you our views as well, because it is our members' products that are caught up in the drug lag, as it is commonly referred to.

I think if you were to add a lot more person-years and dollars to the process, you wouldn't get rid of the problem. I think the staff and the reviewers in the Health Protection Branch are demoralized and poorly managed. They are under-funded as well. They are short-staffed. But that's not the only part of the problem. They're also caught up in the bureaucracy. The branch would operate better as an arm's-length agency, so they could hire people. They could use external experts from the universities for a lot of the work done internally now.

• 1610

It's an inefficient system. It needs to be streamlined. It needs to be updated.

Mrs. Anderson: Can you give us a comparison with how it's done in the United States?

Mr. Postlewaite: The United States uses external reviews far more than Canada does. They have a two-step process, and they use external experts for the first review. Then it comes in for the final recommendation to the Food and Drug Administration.

[Traduction]

Mme Black: Merci.

Mme Anderson (Simcoe-Centre): Puisque l'on parle de femmes, pourriez-vous me donner le pourcentage de femmes dans le domaine de la recherche et du développement? En avez-vous une idée?

M. Postlewaite: Ce pourcentage est assez élevé.

Mme Anderson: Vraiment?

M. Postlewaite: J'ai des chiffres en ce qui concerne notre fondation de recherche dans le domaine de la santé. Il s'agit de personnes qui ont participé à des concours de recherche afin d'obtenir un prix et plus de 50 p. 100 des candidats chanceux étaient des femmes.

Notre première gagnante dans le concours de l'automne dernier à Montréal était le docteur Suzanne Chamberlain de l'Université Laval. Il y avait un nombre égal de femmes que d'hommes qui présentaient leur recherche. Le pourcentage est donc très élevé.

Mme Anderson: Font-elles de la recherche sur les maladies touchant les femmes autant que celles touchant les hommes?

M. Postlewaite: Je ne pourrais répondre à cette question. De façon générale, sauf dans le cas de thérapies pour des maladies typiquement féminines, la recherche pharmacologique ne tient pas compte du sexe.

Mme Anderson: Vous avez parlé des retards importants dans le taux d'approbation. Pourriez-vous nous dire ce qui, à votre avis, cause de tels retards?

M. Postlewaite: Je crois que le docteur Reider dont c'est un des domaines de compétence a l'intention d'aborder cette question. Je pourrais cependant vous donner notre point de vue car ce sont bien les produits de nos membres dont l'approbation est ainsi retardée.

Je ne crois pas que l'on pourrait éliminer le problème en ajoutant simplement davantage d'années-personnes ou en injectant davantage de fonds. À mon avis, le personnel et les évaluateurs de la Direction générale de la protection de la santé sont démoralisés; il existe également un problème de gestion au niveau de la direction, de sous-financement; l'effectif n'est pas suffisant, mais ce n'est pas le seul problème. La Direction pourrait mieux fonctionner en tant qu'organisme indépendant de la bureaucratie; elle pourrait engager son propre personnel et avoir recours aux spécialistes de l'extérieur, des universités notamment, pour du travail qui se fait à l'heure actuelle à l'interne.

Le système est donc inefficace. Il faudrait une mise à jour, une plus grande efficacité.

Mme Anderson: Pourriez-vous nous comparer la situation entre le Canada et les États-Unis?

M. Postlewaite: Aux États-Unis, on a recours à des évaluateurs de l'extérieur beaucoup plus qu'au Canada. Le processus est à deux niveaux: au premier niveau, ce sont les experts de l'extérieur qui font les évaluations, après quoi, au deuxième niveau, on présente les recommandations finales à la Food and Drug Administration.

[Text]

A lot of experts suggest we should use expert panels, specialists who are up on current practice, because reviewers don't practise and they lose touch with current practice, but there are specialists in cardiovascular disease and cancer in our universities who can knowledgeably review these newest submissions on new drugs that are to become available. They should be being used. They're a resource that's under-utilized in Canada in that respect.

Ms Marks: I might mention that Dr. David Kessler, the head of the FDA in the United States, has recently been touting the British system that's used by the Medicine Control Agency. They too use extensive external help. In recent speeches he has been saying it is the system that should be looked at more closely.

Mr. Postlewaite: That's an arm's-length agency.

The Chairman: I have a few questions. Is the British system strictly medicines, or does it include medical devices too? I'm wondering about the consumer input factor, because one of the areas I see as needing some sort of redress is the fact that right now there doesn't seem to be a consumer registry of complaints. There's a registry of doctors' complaints but not of consumers'. Also the whole profile of the agency: many consumers simply don't know where to turn when they have a problem. I'm wondering if your knowledge of the British system or how it's done elsewhere. . .

Ms Marks: I think that's one of the reasons why the association decided to implement a consumer information campaign. We saw there was a lack of information. We also saw that consumers of today are more informed and want to have that information. They want to be part of the decision-making process for the medication they're taking.

One of the initiatives we've implemented is, as you call it, the advertising campaign. Gordon will add to this, because he was directly involved. Over the past couple of years we have held several consumer information seminars. We have appointed advisory panels to the industry so we can learn of consumers' interests, specifically a seniors panel and a women's advisory panel. Out of those processes have come various recommendations on how the industry could work more closely with consumers to give them the information they're looking for.

Mr. Postlewaite: I'm a pharmacist. I'm not practising currently, but I'm still licensed to practise in Ontario and Saskatchewan. I wholeheartedly agree that the consumers are short-changed when it comes to information they need to participate in decisions that are going to affect their health. The people who are short-changing them are not the manufacturers of the products. They're legally prevented from providing much product-specific information to the consumer.

[Translation]

Beaucoup de spécialistes en la matière estiment que nous devrions utiliser des comités de spécialistes praticiens. En effet, les évaluateurs ne sont pas praticiens et perdent contact avec la pratique courante. Il y a des spécialistes des maladies cardio-vasculaires et du cancer dans les universités qui pourraient évaluer en toute connaissance de cause les nouvelles présentations concernant les médicaments au fur et à mesure de leur disponibilité. Il faudrait procéder de cette façon. Ces personnes sont sous-utilisées au Canada à l'heure actuelle.

Mme Marks: A cet égard, je signale que le docteur David Kessler, le chef de la FDA des États-Unis, a récemment évoqué la possibilité d'adopter un système semblable à celui qui est utilisé en Grande-Bretagne par la Medicine Control Agency. Cet organisme britannique se sert également de chercheurs extérieurs. Au cours de discours qu'il a prononcés récemment, le chef de la FDA s'est montré en faveur d'une étude de ce genre de système.

M. Postlewaite: Il s'agit là d'un organisme indépendant.

La présidente: J'aimerais poser quelques questions. Le système britannique se limite-t-il au test des médicaments ou inclut-il celui des appareils médicaux également? Et quel est le rôle des consommateurs? Dans ce domaine, je crois qu'il faudrait tenir compte du point de vue des consommateurs et il ne semble pas y avoir à l'heure actuelle de registres de plaintes pour les consommateurs. Il en existe un pour les médecins seulement. La structure de l'organisme est mise en cause également car beaucoup de consommateurs ne savent pas à qui s'adresser en cas de problème. Pourriez-vous nous dire, d'après ce que vous connaissez du système britannique. . .

Mme Marks: Je crois que c'est une des raisons pour lesquelles l'association a décidé de mettre en place une campagne d'information du consommateur. Nous nous sommes rendu compte des problèmes que pose le manque d'information. De plus, les consommateurs actuels sont beaucoup mieux informés et veulent l'être. Ils veulent participer à la prise de décision dans le cas des médicaments qu'ils prennent.

Nous avons donc lancé une campagne de publicité. Gordon pourra vous en parler car il y a directement participé. Au cours des deux dernières années, nous avons eu plusieurs séminaires d'information pour les consommateurs, nous avons nommé des groupes consultatifs auprès de l'industrie composés de consommateurs, notamment un groupe de personnes âgées et un autre de femmes, pour connaître le point de vue de ces consommateurs. Cette interaction a suscité différentes recommandations sur la façon dont l'industrie pourrait travailler en plus étroite collaboration avec les consommateurs et leur donner les renseignements auxquels ils s'attendent.

M. Postlewaite: Je suis pharmacien. Je ne pratique pas à l'heure actuelle, mais j'ai toujours mon permis qui me permet de pratiquer en Ontario et en Saskatchewan. Je suis tout à fait d'accord pour dire que les consommateurs n'ont pas tous les renseignements dont ils devraient disposer afin de participer aux décisions qui touchent leur santé. Ce n'est pas de la faute des fabricants de produits pharmaceutiques car la loi les empêche de fournir des renseignements sur leurs produits au consommateur.

[Texte]

The people who are short-changing them are their doctors and their pharmacists. That's where the consumer should go—and they need to be educated to do this—to participate in the decision when it comes to pharmacotherapy. They should be insisting on all the background knowledge they need to decide whether or not they want to take that drug in discussion with their physician. That information should be supplemented by the pharmacist when the prescription is dispensed.

By and large, that isn't happening in Canada. But that's really where the consumer can get the most useful information. They're not going to get it from a big package like this, a piece of paper with small print in both languages on both sides, all folded up and stuck inside a package with your prescription. They'll never read it.

Mrs. Clancy: That's right.

Mr. Postlewaite: I'm glad I got one right.

• 1615

The Chairman: I guess we should hear next from Dr. Rieder. Did you wish to participate in this half of the...?

Mr. Postlewaite: Dr. Rieder is representing a different organization.

The Chairman: A different organization. Okay. I just thought he might be... Okay, perhaps he would like to make his presentation then. Thank you very much for yours.

Mr. Postlewaite: Okay. We might serve as a resource in Q and A if you would wish.

The Chairman: Yes, I think if you stay at the table, we can see...

Mrs. Clancy: We will just tell you for your own sake that we may not be as gender neutral.

Dr. Michael Rieder (Director, The Canadian Society for Clinical Investigation): I am going to have to use slides here. My speech style is such that I find the slides are good props for me and I am very bad when I use a prepared text.

First of all, *je m'excuse; je n'ai pas eu le temps de préparer les diapositives en français* so they are only in English, but since there is only one projector, I guess it is just as well anyway and it does not even work.

The Chairman: Please proceed.

[Slide Presentation]

Dr. Rieder: I would like to thank the committee. I represent The Canadian Society for Clinical Investigation. I am the clinical pharmacologist. I am a physician who trained in pediatrics and then pharmacology and I am currently an assistant professor at the University of Western Ontario.

As part of the Gagnon commission, The Canadian Society of Clinical Investigation, which is the national body representing Canadian physician researchers, asked me and a small task force to prepare our thoughts on the drug approval process. These were then passed on to Dr. Claude Roy and, through a route by which I am not entirely sure of myself, I was asked to come and present my findings to the subcommittee.

[Traduction]

Ces personnes sont lésées en fait par leurs médecins et leurs pharmaciens. Et c'est à eux que les consommateurs devraient s'adresser—et il faudrait le leur faire comprendre, pour participer aux décisions en matière de pharmacothérapie. Ils devraient insister pour obtenir toute la documentation voulue, pour décider si oui ou non ils veulent prendre tel ou tel médicament que leur propose leur médecin. Ce genre de renseignement devrait être donné par le pharmacien au moment où celui-ci remplit l'ordonnance.

De façon générale, ce n'est pas ce qui se passe au Canada et pourtant c'est comme cela que le consommateur pourrait le mieux être renseigné. Or, ce n'est pas les notes qui accompagnent le médicament et qui se trouvent dans la boîte contenant celui-ci qui pourront aider le consommateur car celui-ci ne les lira pas.

Mme Clancy: C'est vrai.

M. Postlewaite: Je suis heureux de voir qu'on est d'accord avec moi pour une fois.

La présidente: Nous devrions peut-être maintenant entendre le docteur Rieder. Désirez-vous témoigner à ce moment-ci...?

M. Postlewaite: Le docteur Rieder représente un autre organisme.

La présidente: Très bien. Je pensais seulement... Il va donc faire son exposé. Merci beaucoup du vôtre.

M. Postlewaite: Nous pouvons rester pour la période de questions et réponses.

La présidente: Oui, si vous restez à votre place, nous pourrions...

Mme Clancy: Nous vous avertissons que nous ferons peut-être un peu de discrimination sexuelle.

Dr Michael Rieder (directeur, Société canadienne de recherches cliniques): Je vais utiliser des diapositives. Mes talents d'orateur font que j'ai avantage à projeter des diapositives plutôt qu'à lire un texte préparé.

D'abord, *I apologize because I did not have time to prepare a French version of my slides*, elles sont donc en anglais seulement. De toute façon, comme il n'y a qu'un projecteur, et qu'il ne fonctionne pas, cela aurait été peine perdue.

La présidente: Allez-y, je vous en prie.

[Présentation de diapositives]

Dr Rieder: Je remercie le comité. Je représente la Société canadienne de recherches cliniques. Je suis pharmacologiste clinicien. Je suis un médecin qui s'est d'abord spécialisé en pédiatrie, puis en pharmacologie. Je suis actuellement professeur adjoint à l'Université Western Ontario.

A titre de membre de la Commission Gagnon, la Société canadienne de recherches cliniques, l'organisme national des chercheurs médicaux, m'a demandé, à moi et à un petit groupe de travail, de rédiger quelques notes sur le processus d'approbation des médicaments. Ces notes ont été transmises au docteur Claude Roy et, par un détour que je serais bien en mal d'expliquer, elles m'ont valu une invitation à comparaître devant le sous-comité.

[Text]

Basically, the current situation in Canada is that the development of new therapeutic aids almost universally occurs under the aegis of the pharmaceutical industry. Agents are developed in a variety of places in a variety of ways. After a new chemical or therapeutic agent is identified, an application is made for patent. This then is followed by a new drug submission to the drugs directorate, which is followed by notice of approval of the drug after the submission is approved. At least in theory, it's a to-and-fro movement, such that industry develops new compounds, the compounds then go to the drugs directorate, the submissions are reviewed, and there is a back and forth process from industry to the drugs directorate. Eventually the drug is approved, it enters into general clinical use, and there is post-marketing surveillance to feed information back to the people who use the drug, to industry and government, about unsuspected or new adverse events.

• 1620

It sounds like a wonderful system, so what is the problem? Well, the problem is about 1 in 5,000 to 10,000 chemical entities that are discovered wind up being useful therapeutic agents. It costs about \$260 million to develop this new therapeutic agent and it takes about 10 years to get it on the market. That is \$260 million Canadian.

So how does our existing system serve to get these agents on the market? We have some strengths and weaknesses. The system as it exists in Canada is probably the safest in the world, and that is because it takes so long for a drug to get on the market in Canada that everybody else gets to use it first. We have the advantage of using the world as a guinea pig and then we can just take everybody else's experience. That can be considered a strength.

Likewise, there is no question that by the time drugs get approved they are efficacious, because again, the whole world is our guinea pig. Drugs will get on the market after they have been used elsewhere.

The system as it exists is accountable. That is to say, the drug directorate is directly accountable to the minister. There is a clear chain of accountability.

So those are definite strengths.

On the converse side, how are we doing for weaknesses? As has been alluded to, we have a drug approval process that is slow and getting slower. Why is this a problem? It is a problem for patients, especially for patients who have diseases for which there is no good treatment or for which existing treatment is unsatisfactory, because it means they do not get treatment since the drug is being churned through the mill in Ottawa. It is a problem for industry because it means they do not get the chance to get the agent on the market, therefore they have a shorter time to collect the amount of funds they need to support their R and D costs. It is a problem for government because people do not like being sued, and this sort of slow approval process can result in suits, counter-suits, etc.

The Chairman: By whom?

[Translation]

Actuellement, au Canada, l'élaboration de nouveaux moyens thérapeutiques relève presque exclusivement de l'industrie pharmaceutique. Les agents utilisés sont mis au point à divers endroits et de diverses façons. Une fois qu'un nouvel agent chimique ou thérapeutique est identifié, une demande de brevet est faite. Cette étape est suivie d'une demande de nouveau médicament à la Direction des médicaments et, le cas échéant, d'un avis d'approbation du médicament. Théoriquement, du moins, il doit y avoir un échange entre les deux parties en cause. L'industrie met au point de nouveaux composés, ces composés sont présentés à la Direction des médicaments, les demandes sont examinées et la communication est établie dans un sens comme dans l'autre entre l'industrie et la Direction des médicaments. Le médicament finit par être approuvé, est utilisé et fait l'objet d'une surveillance post-commercialisation de façon que les utilisateurs, l'industrie et le gouvernement puissent être informés des effets inattendus ou négatifs.

À première vue, le système a l'air très bien établi. Quel est donc le problème? Eh bien, le problème est que seulement une découverte sur 5,000 ou 10,000 environ finit par être utilisée comme agent thérapeutique. La mise au point de ce nouvel agent coûte environ 260 millions de dollars et sa commercialisation met 10 ans. Il s'agit de 260 millions de dollars canadiens.

Quel est le rendement de notre système dans ce contexte? Eh bien, il a des points faibles et des points forts. Le système canadien actuel est probablement le plus sûr au monde. C'est probablement dû au fait qu'il faut tellement de temps pour commercialiser un nouveau médicament au Canada qu'au moment où cela arrive, le reste du monde en fait déjà usage. Nous utilisons le reste du monde pour faire des expériences. Nous pouvons considérer que c'est là un point fort.

De même, à cause du temps nécessaire pour l'approbation, les nouveaux médicaments se révèlent efficaces; ils ont déjà été mis à l'essai partout ailleurs dans le monde. Les nouveaux médicaments ne sont mis en marché qu'après qu'ils aient été utilisés ailleurs.

Le système est par ailleurs responsable, en ce sens que la Direction des médicaments rend compte directement au ministre. La hiérarchie est claire.

C'est un autre point fort.

Pour ce qui est des points faibles, où situent-ils? Comme nous l'avons vu, notre processus d'approbation des nouveaux médicaments est très lent et se fait de plus en plus lent. C'est un problème pour les patients, surtout ceux qui sont atteints de maladies pour lesquelles il n'y a pas de bon traitement ou le traitement est insatisfaisant; ils doivent attendre qu'un nouveau médicament sorte du labyrinthe à Ottawa. C'est un problème pour l'industrie parce que comme elle ne peut pas mettre son nouvel agent sur le marché, elle aura moins de temps pour ramasser les fonds qui lui seront nécessaires pour défrayer ses coûts en recherche et en développement. C'est un problème pour le gouvernement parce que la lenteur du processus peut entraîner toutes sortes de poursuites et de procédures.

La présidente: De la part de qui?

[Texte]

Dr. Rieder: By whom? It is a potential problem with single-issue disease groups. The AIDS group is the classic example. One of the reasons AIDS drugs get quick approval is that the AIDS people make such a fuss that their drugs get on the market quicker. Resources are diverted from other agents into approval of AIDS drugs.

Mrs. Clancy: So we are talking almost exclusively about disease-specific—

Dr. Rieder: Disease-specific agents.

Mrs. Clancy: The specific disease, though.

Dr. Rieder: However, there are more and more single-issue... the 1990s is going to be the decade of the single-issue cause, it appears from sociological trends. I suspect single-disease or single-issue groups are going to be more and more vocal in looking at the issues of their constituency. For that group it is perfectly legitimate, but if you are looking at the whole process, it can be a problem.

Of course, the other problem is it affects Canada's competitiveness, with the pharmaceutical issue being global rather than single-nation.

Another problem is credibility. This has been alluded to by Mr. Postlewaite. The way the process is reviewed right now, the reviewers are occasionally physicians, they rarely have practised, rarely have done research, do not practise now, do not do research now, as a rule. It creates a problem from the point of view of the credibility of their review process. Also, the slowness of the review process creates a problem of credibility about our national will to increase expenditure on R and D.

It is a great disservice to "orphan" populations. What am I talking about? An orphan population is a population that is small or has a disease of minimal commercial interest. That is to say, if you have the bad luck to have a rare disease, a problem is that figure of \$260 million is what it costs to get a drug on the market. If there are only 12 of you in the world, no one is going to develop a drug for you if they are a pharmaceutical company that has to make money for its shareholders. So it is a bit of a problem.

Well, you would say, yes, but how many people are there in the world such that there are 12 people with the disease? A major problem is that there are big groups that are orphaned. There are four classic orphan groups: the elderly—although as the number of the elderly increase it will probably be less of an issue—children; pregnant women; and people who actually have rare diseases. Those three groups are routinely orphaned. Certainly in Canada the two biggest groups are pregnant women, for whom it is very difficult to find any objective data on drugs, and children. If you look through the CPS, the product monographs, there is almost universally a rider saying use of this agent in pregnancy should be weighed, risk versus benefit, because there are no data. The current system provides very little initiative to get that research done on those groups.

[Traduction]

Dr Rieder: De groupes qui s'intéressent à une seule maladie, entre autres. Le groupe du sida est un exemple classique. Une des raisons pour lesquelles les médicaments pour le sida sont approuvés très rapidement est que les intervenants du milieu réclament à grands cris l'accélération du processus. Des ressources sont affectées aux médicaments pour le sida au détriment d'autres agents.

Mme Clancy: Nous parlons presque uniquement ici. . .

Dr Rieder: D'agents s'appliquant à une maladie bien précise.

Mme Clancy: À une maladie précise.

Dr Rieder: Il y a de plus en plus de groupes qui ne s'intéressent... les années 90 vont se révéler la décennie des causes spécialisées; c'est un phénomène sociologique. Les groupes qui ne s'intéressent qu'à une maladie ou qui défendent une cause unique vont se faire entendre de plus en plus. Leur position est peut-être parfaitement légitime, mais elle constitue un problème pour l'ensemble du processus.

Il y a également le problème de la compétitivité du Canada. L'industrie pharmaceutique est mondiale, non pas nationale.

Le problème de la crédibilité se présente. M. Postlewaite en a parlé. Le processus d'examen actuel fait parfois appel à des médecins; ces médecins ont rarement déjà pratiqué, rarement fait de la recherche, en tout cas, ne pratiquent plus et ne font plus de recherche, de façon générale. C'est un facteur qui mine la crédibilité du processus. De même, la volonté du pays d'augmenter les dépenses en recherche et développement peut être mise en doute lorsqu'on voit à quel point il peut être lent.

Les populations «orphelines» peuvent en souffrir grandement. J'entends par là les populations peu nombreuses ou les populations souffrant d'un état qui ne présente que peu d'intérêt du point de vue commercial. Si on a la malchance d'être atteint d'une maladie rare, les 260 millions de dollars qu'il en coûte pour commercialiser un nouveau médicament devient un problème de taille. Si on fait partie d'un groupe de seulement 12 personnes atteintes de la même maladie dans le monde, on a peu de chance qu'une société pharmaceutique, qui doit rapporter des dividendes à ses actionnaires, décide de mettre un nouveau médicament au point pour cette maladie.

Vous me direz qu'il y a peu de groupes de 12 personnes atteintes de la même maladie dans le monde. Eh bien, c'est faux. Il y en a qui sont même beaucoup plus nombreux. De fait, il y a quatre groupes classiques d'orphelins: les personnes âgées—leur problème diminuera peut-être au fur et à mesure où leurs rangs grandiront—les enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladies rares. Ces groupes sont souvent négligés. Au Canada, les groupes qui sont le plus souvent mis de côté sont les femmes enceintes, pour lesquelles il n'y a pas beaucoup d'information objective relativement aux médicaments, et les enfants. Dans le CPS, les monographies de produits, il y a presque toujours une mise en garde indiquant que les risques de l'utilisation du produit lors de la grossesse doivent être évalués par rapport aux avantages parce qu'il y a un manque d'information. Le système actuel incite à très peu de recherche relativement à ces groupes.

[Text]

[Translation]

• 1625

Our last problem is that our post-marketing surveillance system in Canada is a joke. It is ineffective, especially compared with other jurisdictions such as those in the U.K., which have a very effective post-marketing surveillance system.

Why is this important? Most of the significant adverse reactions that have occurred with drugs and chemicals are not going to be ones that you pick up with the most careful review prior to marketing. They are ones that are going to occur when the product is in general clinical use.

If you have a good post-marketing system, you'll pick it up early. If you've got a bad system, you'll pick it up late. I think things like the thalidomide tragedy will illustrate that to us. You can argue one way or the other, but the data that was available on the thalidomide submission was not such bad data. The problem was that there was a single loophole they didn't look at. They did look at the drug in pregnant animals. They didn't look at the right time. Had there been a better system of post-marketing surveillance, it could be argued that would have been picked up before the 10,000 kids were affected in Germany. I think the Europeans have learned from this. Certainly the British have learned from this. I don't think we've learned so well.

What are our options? We always have options. We really have three options in the drug review process. You can list as many as you want, but they fall into three big groups. The first is the retention of the status quo. The second is the devolution of the drug regulatory responsibility to other countries' drug regulatory agencies. Say a drug's approved by the FDA. Then we'll approve it in Canada automatically. The third is that we can be a little clever. I'm going to discuss the three options we have.

The first option is the status quo. The advantage of the status quo is that it is always easier to maintain things the way they are than change them. The disadvantage is that this really doesn't address the problem. We have a problem that it's not going to address. We have groups that are being poorly served who aren't going to be any better served. This situation will become increasingly difficult to defend from the point of view of patients, physicians and the industry as well.

What about using other regulatory agencies? Why don't we say: "If the FDA approves it, we'll approve it". That would certainly be cheap and it may involve expertise we don't have in Canada and it may even be fast if they can fix things at the FDA. Why is it not a good idea? First of all, the FDA is a U.S. federal agency. They are responsible to the U.S. federal government and not to us. They're not going to worry much about what might be important to us. Canada

Notre dernier problème c'est qu'au Canada le système de surveillance après mise en marché est une véritable plaisanterie. Il est tout à fait inefficace, en particulier si on le compare à celui d'autres pays comme le Royaume-Uni où un système de surveillance après mise en marché très efficace existe.

Pourquoi cela est-il important? En ce qui concerne les médicaments et les produits chimiques, les réactions les plus graves ne se manifestent pas le plus souvent avant la mise en marché, quel que soit le soin que l'on apporte alors à la préparation. Ces réactions-là se produisent quand le produit est en usage clinique général.

Avec un bon système post-commercialisation, on peut les déceler très vite. Avec un mauvais système, on les décèle beaucoup plus tard. Vous n'avez qu'à penser à la tragédie de la thalidomide. On pourra dire ce qu'on voudra, les données disponibles dans le cas de la thalidomide ne sont pas si mauvaises. Le problème, c'est qu'il restait un petit détail qu'on n'avait pas considéré. On avait fait des tests sur des animaux gravides, mais on n'avait pas regardé au bon moment. Avec un meilleur système de surveillance post-commercialisation, il est fort possible qu'on aurait découvert le problème avant que 10,000 enfants aient été touchés en Allemagne. Les Européens ont tiré une leçon de cette affaire-là. Les Britanniques, en tout cas, ont fait de gros progrès. À mon avis, nous n'avons pas compris la leçon aussi bien.

Quelles sont nos options? Il y a toujours des options. En fait, en ce qui concerne les médicaments, nous avons trois options. Vous pouvez dresser une très longue liste, mais dans tous les cas, cela se range dans trois grands groupes. Pour commencer, le statu quo. La seconde solution est de céder la responsabilité de la réglementation des médicaments aux organismes d'un autre pays. Par exemple, les médicaments approuvés par la FDA. Nous pourrions les approuver automatiquement au Canada. Nous pourrions aussi être un peu plus malins et retenir une troisième option, mais je vais commencer par les passer en revue toutes les trois.

La première option c'est le statu quo. L'avantage du statu quo c'est qu'il est toujours plus facile de laisser les choses telles qu'elles sont que de les changer. L'inconvénient de cette solution c'est qu'elle ne règle pas vraiment le problème. Nous avons un problème, et cette solution n'en est pas une. Certains groupes sont mal servis par le système actuel et leur sort risque de ne pas s'améliorer ainsi. La situation deviendra de moins en moins justifiable du point de vue des patients, des médecins et même de l'industrie.

La solution qui consiste à confier cette responsabilité à d'autres organismes de réglementation? Pourquoi ne pas décider: «si la FDA l'a approuvé, nous l'approuvons aussi». Cela ne coûterait pas cher, cela nous permettrait peut-être de profiter de certaines expertises que nous n'avons pas au Canada et si la FDA réussit à mettre de l'ordre dans ces affaires, cela pourrait même accélérer le processus. Pourquoi est-ce que ce n'est pas une bonne idée? Pour commencer, la

[Texte]

and the United States, I would argue, are different in more than the fact that they are different countries with different flags.

Additionally, the review process in other agencies in other countries may not involve populations that are important to us. Here's an illustration. There are drugs on the market in Canada that are not on the market in the United States—and never will be—because their review process is structured in such a way that those drugs will never get on the market. This is because there are special indications and the Canadian process has allowed them to get in through certain mechanisms in the way it works. The American process never will.

We could automatically say that our drug review system would be run by the decisions made by the other agency. There's no accountability, which of course is an awkward situation. There's also the problem of occasional episodes of malfeasance in other drug regulatory agencies. At least if there's malfeasance in our agency, the people in it are accountable to us. Currently, if for some reason an evil pharmaceutical company decides to bribe a reviewer, that reviewer is accountable to the federal minister. We have sanctions we can apply to them. We can send them to jail.

Mrs. Clancy: I just thought you were masquerading as Benoît Bouchard.

Dr. Rieder: No, not me. I don't speak French well enough.

However, it's accountable to the process. The problem with this is with the renewal accountability of the process. The review process would be not subject to accountability. It may have a negative impact. For instance, if it's automatically approved because it's approved in another country, why would you bother to have a Canadian regulatory agency in your pharmaceutical company?

There are other options, and I'll argue that it would be better to be clever and innovate. What are the advantages of innovation? One advantage is that we can come up with our own solutions. As alluded to, there is a problem with the use of women in clinical trials. It has been suggested that there may be spill-over. Well, maybe it's better if we don't spill over. Maybe it's better if we do it first. We have resources in Canada that are unique and not taken advantage of currently, which we could use. We have potential in Canada for developing world-class expertise in certain areas and a superb system of post-marketing surveillance, which can be a model for everyone. I believe the system can be safe and it can be fast.

[Traduction]

FDA est une organisation fédérale américaine. C'est un organisme qui est responsable devant le gouvernement fédéral américain, mais qui n'est pas responsable devant nous. Il est peu probable qu'il s'inquiète de ce qui nous semble important à nous. À mon sens, le Canada et les États-Unis ont d'autres différences que la couleur de leurs drapeaux.

D'autre part, le processus qui est en place dans d'autres pays risque de ne pas viser les populations qui nous intéressent. Je vais vous donner un exemple. Il y a des médicaments au Canada qui ne sont pas commercialisés aux États-Unis, qui ne le seront jamais car le processus de révision qui existe là-bas empêchera de jamais les mettre sur le marché. En effet, dans chaque pays, il existe des indications spéciales et il a été possible de suivre toutes ces démarches au Canada alors que ce ne serait pas possible aux États-Unis.

Nous pourrions décider que notre système de révision des médicaments sera régi par les décisions d'un autre organisme. Or, ces autres organismes n'ont pas de responsabilité devant nous, et c'est une situation difficile. On a vu des cas de malversations dans d'autres organismes de réglementation, ce n'est pas inconcevable chez nous, mais au moins ici, les responsables seraient responsables devant nous. À l'heure actuelle, si une compagnie pharmaceutique malfaisante décide de verser un pot-de-vin à un critique, cette personne-là doit rendre compte de ses actes au ministre fédéral. Des sanctions sont prévues. Nous pouvons l'envoyer en prison.

Mme Clancy: Je viens de me demander si vous n'imitiez pas Benoît Bouchard.

Dr Rieder: Non, certainement pas, je ne parle pas assez bien le français.

Cela dit, une responsabilité existe mais un problème se pose lorsqu'il s'agit de passer en revue cette responsabilité au sein du processus. Avec cette option-là, le processus de révision n'aurait pas de comptes à rendre. Cela pourrait avoir des répercussions négatives. Par exemple, si nous approuvions systématiquement les décisions d'un autre pays, à quoi servirait un organisme de réglementation canadien?

Il y a d'autres options, mais à mon avis, la meilleure solution, la solution intelligente, serait d'innover. Quels sont les avantages de l'innovation? Un des avantages, c'est que nous pouvons trouver nos propres solutions. Comme on l'a déjà dit, un problème existe pour ce qui est de procéder à des tests cliniques sur des femmes. Certains ont observé que nos efforts risquaient de faire double emploi. Dans ce cas, il vaudrait peut-être mieux éviter le double emploi, il vaudrait peut-être mieux le faire nous-mêmes les premiers. Nous avons au Canada des ressources uniques qui ne sont pas actuellement exploitées, des ressources que nous pourrions utiliser. Au Canada, le potentiel existe, nous pouvons acquérir une expertise de calibre international dans certains domaines et mettre en place un système de surveillance après mise en marché qui servirait de modèle à tous les autres. À mon avis, nous avons la possibilité d'instaurer un système sûr et rapide.

[Text]

[Translation]

• 1630

The disadvantage is that innovation always involves risk. Of course, another disadvantage is that during the development of any new system there is a probability of mistakes. It should be emphasized, though, that every decision involves risk, including maintenance of the status quo.

If we decided to be innovative, what could we think about? In the short term there are things we could do that would make things a lot easier for everybody concerned. I think right now there is no reasonable target set for review of new drug submissions, and I think it is probably inappropriate they don't have a reasonable target set.

Another illustration is that it seems that within certain boundaries it would only be fair to harmonize the way new drug submissions are made. That is to say, if a new drug submission in Canada involves providing much the same data as that of, say, the EC or the U.S., that would make things easier for everybody concerned. Of course, we have to look at what's happened to other submissions. If this agent has been accepted in the EC and the U.S., that's one thing. If it's an agent that has been rejected in the EC and the U.S., that's another thing. Both of them are important statements and both bear on the weight of the review.

What about orphan populations? I think we can be innovative there as well. I think there are ways to change the format that would not be hard to consider...special legislation involving release and availability of orphan products. Moreover, I think we should consider ways to provide incentives for research and development into orphan products and by orphan populations.

The Drugs Directorate currently operates as a part of the federal bureaucracy. Hiring is done in two ways. If you are junior staff you are hired by civil service practices. If you are senior staff you are hired by political appointment. I would argue that neither of those serves to maintain expertise in pharmacology or drug review.

The other problem with the current system is that many of the things Drugs Directorate does are not controlled by the Drugs Directorate. For instance, the use of external consultants is controlled by Treasury Board. There is a problem in terms of Supply and Services and Drugs Directorate sometimes getting together on the use of external consultants, which limits the utility of this resource.

So what do we do about that? You can always change things internally. You can spend a lot more money and hire a lot more people, but given the fact that we've already done this once without any evidence of success, it could be argued that this may not be the way to go, especially since we will eventually run into the same problems again, I would argue, in terms of staff.

L'inconvénient c'est que l'innovation présente toujours un certain risque. Bien sûr, il y a un autre inconvénient, pendant qu'on met en place un nouveau système, certaines erreurs sont presque inévitables. Cela dit, il ne faut pas oublier que toute décision comporte un risque, un risque qui existe également dans le cas du statu quo.

Si nous décidions d'innover, que pourrions-nous envisager? A court terme, nous pourrions prendre des décisions qui faciliteraient beaucoup les choses pour tout le monde. A l'heure actuelle, on n'a pas fixé un objectif raisonnable pour la révision de la présentation pour les nouveaux médicaments. A mon avis, cette situation n'est pas normale.

D'autre part, il y aurait lieu d'uniformiser la procédure de présentation dans une certaine mesure, ce serait certainement plus juste. Par exemple, si une présentation est faite au Canada pour laquelle les données sont pratiquement identiques à celles de la CE ou des États-Unis, cela faciliterait la tâche de tout le monde. Bien sûr, nous avons tout intérêt à aller voir ce qui se passe chez les autres. Si on s'aperçoit qu'un agent a été accepté par la CE et par les États-Unis, c'est une chose. Si, par contre, il a été rejeté à la fois par la CE et par les États-Unis, c'est une autre affaire. Dans les deux cas, ce sont des considérations importantes qui pèseront sur notre décision.

Et les maladies rares? Dans ce cas également, je crois que nous pouvons faire preuve d'innovation. On devrait pouvoir adopter des dispositions particulières sans trop de problème, une législation spéciale qui permettrait de mettre en marché des médicaments pour le traitement des maladies rares. Nous devrions également envisager des encouragements à la recherche et au développement de ces médicaments et encourager les populations qui souffrent de ces maladies à participer.

La Direction des médicaments fait actuellement partie de la fonction publique fédérale. On embauche les gens en deux jours. Dans les bas échelons, le personnel est embauché selon les pratiques d'embauche de la fonction publique. Plus haut dans la hiérarchie, il s'agit de nomination politique. A mon sens, ce n'est pas de cette façon qu'on peut encourager l'excellence en pharmacologie ou dans le secteur de la surveillance des médicaments.

Le système actuel présente un autre problème du fait que beaucoup d'activités de la Direction des médicaments ne sont pas sous contrôle de la Direction des médicaments. Par exemple, lorsque la Direction fait appel aux services d'experts de l'extérieur, c'est le Conseil du Trésor qui contrôle cela. Il y a parfois un problème lorsque Approvisionnement et Services et la Direction des médicaments se regroupent pour faire appel à des experts de l'extérieur car cette option perd quelque peu de son utilité.

Que pouvons-nous faire? On peut toujours changer les choses à l'intérieur. On peut dépenser beaucoup plus d'argent et embaucher beaucoup plus de monde, mais puisque nous avons déjà suivi ce chemin sans grand succès apparent, ce n'est peut-être pas la chose à faire, d'autant plus que nous rencontrerons inévitablement les mêmes problèmes en ce qui concerne le personnel.

[Texte]

How about innovation? There are several options, but we would argue that perhaps we should try to create a new Canadian drug regulatory agency, more on the British model, which works quite well for the U.K.—an arm's-length relationship with government and industry so that the agency has a clear mandate but operates at arm's length and not as part of the civil service structure. The agency should aim to be credible, flexible and efficient. Also, the agency should aim to markedly improve our post-marketing surveillance. One of the big weaknesses in our drug approval process is a lack of post-marketing surveillance. There are all kinds of disasters that relate to this.

Do we have supports for this? Yes. Canada is one of the most productive nations in the world in terms of academic clinical pharmacology. We also have a centralized health care system. Neither of these advantages is currently being used to provide Canadian solutions for our problem which bedevils everyone.

What could we do? An option would be to base a regulatory agency at a Canadian university, to have it as an aim that the staff be mandated to retain expertise in fewer fields, to make extensive use of external experts, and to develop support from the federal government and from industry. If you are going to charge submission fees for submissions, there is potential for conflict of interest, so it requires, a priori, the development of clear conflict-of-interest guidelines.

Nonetheless, given the fact that other agencies such as the Scandinavians and the U.K. system use submission fees, the industry—I am not from the industry so I can't speak for them, but I suspect that if we had a drug approval process that was efficient, that provided approval of drugs in a reasonable timeframe and provided a very credible review, they would not mind paying a submission fee if they didn't want to have you spend three and a half to four years in new drug reviews. That is to say, industry could know that their submission is acceptable or not acceptable within a reasonable amount of time. I think this would make a lot more sense than the current system.

[Traduction]

Qu'en est-il de l'innovation? Plusieurs options existent, mais à mon avis, il faudrait essayer de mettre sur pied un nouvel organisme de réglementation des médicaments, quelque chose qui suive de plus près le modèle britannique qui fonctionne fort bien: Un organisme qui fonctionne indépendamment du gouvernement et de l'industrie, qui est doté d'un mandat très précis mais qui ne fait pas partie de la fonction publique, ce qui lui donne une certaine indépendance. Les objectifs de cet organisme doivent être flexibles, efficaces et dignes de foi. Il doit également insister sur l'amélioration de notre système de surveillance après mise en marché. En effet, cette surveillance après mise en constitue une des grandes faiblesses d'approbation des médicaments. On pourrait citer de nombreux désastres qui découlent directement de cette situation.

Est-ce que nous avons l'infrastructure nécessaire? Oui. Le Canada est un des pays les plus productifs en ce qui concerne la pharmacologie clinique. Nous avons également un système de santé centralisé, deux avantages qui ne sont absolument pas exploités actuellement pour apporter des solutions canadiennes à un problème qui rend tout le monde très perplexe.

Que pouvons-nous faire? On pourrait organiser un organisme de réglementation dans une université canadienne, inscrire dans ses objectifs que le personnel devra entretenir des compétences dans un nombre limité de domaines mais en faisant appel à des experts de l'extérieur et au soutien du gouvernement fédéral et de l'industrie. Si vous exigez des frais de présentation, il risque d'y avoir un conflit d'intérêts et pour cette raison, il importe de prévoir dès le départ des normes très claires en ce qui concerne les conflits d'intérêts.

Cela dit, il existe d'autres organismes, en Scandinavie et au Royaume-Uni, qui imposent des frais de présentation, ce qui me porte à croire que l'industrie—et je ne peux pas me prononcer pour ce secteur dont je ne fais pas partie—ne s'opposerait pas à des frais de présentation si nous avions un système efficace, un système qui contrôle bien les médicaments, et qui permet de les approuver dans des délais raisonnables, je pense qu'elle n'aurait pas d'objection si elle n'avait plus à attendre trois ans et demi à quatre ans pour faire approuver de nouveaux médicaments. Ainsi, l'industrie saurait dans un délai raisonnable si sa présentation est acceptable ou non. Je crois que ce serait beaucoup plus logique que le système actuel.

• 1635

So what would be the promise of this? The promise is timely, expert review of new drugs submissions. I would argue that Canada should aim for world-class expertise in selected areas, and I believe we have the potential in this country for the best post-marketing surveillance system in the world. This has obvious benefits for Canadian patients and patients worldwide.

What would be reasonable goals? Frankly, I do not think that for most drugs one needs to spend more than two years in the drug approval process. For drugs of the first priority, drugs for life-threatening illness, illness for which no other

Qu'est-ce que cela laisserait entrevoir? Un examen des nouveaux médicaments présentés, effectué par des experts et dans des délais raisonnables. Le Canada devrait aspirer à une expertise de calibre international dans des domaines choisis. Je crois que nous avons ce qu'il faut pour assurer la meilleure surveillance post-commercialisation au monde. Cela profiterait évidemment aux patients canadiens comme aux patients étrangers.

Quels objectifs seraient raisonnables? Franchement, je ne crois pas qu'il faille la plupart du temps plus de deux années pour approuver un médicament. Pour les médicaments prioritaires, ceux utilisés contre les maladies pouvant être

[Text]

treatment is available, if a submission is made that meets the format and has the data, I do not see why it could not be approved within a one-year timeframe. A special review process would need to be established for orphan drugs and the post-marketing surveillance system would also have to come back with regular feedback to physicians, the ministry and industry in terms of clinical experience with new drugs. This information should also, of course, be available to the public.

It is likely there will be changes in the Drugs Directorate. It should be remembered for whom the changes are important. They are not important for me because I'm a passing person on this scene. They're important for him—actually for her and him. . . a little child and her dad in Alberta. They are really the stakeholders in this and the most important parts of the whole process.

The Chairman: Thank you. Did you want to begin, Mary?

Mrs. Clancy: Dr. Rieder, under what auspices are the Canadian Society for Clinical Investigation formed?

Dr. Rieder: The Canadian Society of Clinical Investigations is about 20-odd years old. We were formed by the physician researchers at the 16 Canadian faculties of medicine to provide a national organization or a national body.

Mrs. Clancy: Do you have a national board?

Dr. Rieder: Correct, we have a council.

Mrs. Clancy: Do you have Atlantic members on the council?

Dr. Rieder: Yes, Dr. Roger Rittmaster from Dalhousie is on our council. He's on the Faculty of Medicine at Dalhousie.

Mrs. Clancy: You made rather a startling allegation in your presentation. You were talking about the appointments to the Drugs Directorate and you said the upper levels were political appointments. I wonder if you might name names, because if there are political appointments there, I think we'd be very interested to hear.

Dr. Rieder: I can't name any names because I don't know the Drugs Directorate that well, but it's certainly my impression that people who are appointed at the assistant deputy minister level. . . political considerations figure into it.

Mrs. Clancy: Actually this runs contrary to almost everything in—

The Chairman: No.

Mrs. Clancy: Excuse me, Madam Chair, this is my time. You can say what you like in your time. It runs contrary to everything I'm aware of with the Public Service of Canada, and certainly at the ADM level. Had you said the DM level I might have. . . but you appeared to be talking about the Drugs Directorate. I guess what I'm asking you, doctor, is whether you have any proof of this.

[Translation]

mortelles ou contre les maladies pour lesquelles il n'existe aucun autre traitement, si la présentation se fait dans les règles et s'accompagne de toutes les données pertinentes, je ne vois pas pourquoi elle ne pourrait pas être approuvée en une année. Il faudrait établir un processus spécial pour les médicaments non parrainés et la surveillance post-commercialisation devrait tenir les médecins, le ministère et l'industrie à jour quant à l'expérience clinique des nouveaux médicaments. Ces renseignements devraient bien entendu être transmis à la population.

Il est probable qu'il y aura des changements à la Direction des médicaments. Il ne faut pas oublier à qui ces changements importent. Ce n'est pas à moi puisque je ne fais que passer. C'est important pour lui—en fait pour elle et pour lui. . . pour un enfant et son père, en Alberta. C'est pour eux que c'est le plus important.

La présidente: Je vous remercie. Voulez-vous commencer, Mary?

Mme Clancy: D^r Rieder, dans quelles circonstances la Société canadienne de recherches cliniques a-t-elle été formée?

Dr Rieder: La Société a été fondée il y a une vingtaine d'années par des médecins chercheurs des 16 facultés de médecine du Canada, en vue de former un organisme national.

Mme Clancy: Avez-vous un conseil d'administration national?

Dr Rieder: Oui.

Mme Clancy: Les provinces de l'Atlantique y sont-elles représentées?

Dr Rieder: Oui, le docteur Roger Rickmaster, de l'Université Dalhousie, fait partie du conseil d'administration. Il enseigne à la faculté de médecine.

Mme Clancy: Vous faites une allégation plutôt étonnante dans votre exposé. En parlant des nominations à la Direction des médicaments, vous avez dit que pour les postes de hauts fonctionnaires, c'étaient des nominations politiques. Je me demande si vous ne pourriez pas donner d'exemples concrets, nous nommer ces nominations politiques. J'aimerais bien connaître leurs noms.

Dr Rieder: Je ne peux nommer personne parce que je ne connais pas assez bien la Direction des médicaments, mais j'ai certainement l'impression que des considérations politiques entrent en jeu quand on nomme des sous-ministres adjoints.

Mme Clancy: En fait, c'est contraire à presque tout ce. . .

La présidente: Non.

Mme Clancy: Excusez-moi, madame la présidente, mais c'est mon tour. Vous pourrez dire ce que vous voulez quand ce sera le vôtre. C'est contraire à tout ce que je sais de la Fonction publique fédérale, surtout au niveau de sous-ministre adjoint. Si vous aviez parlé du niveau de sous-ministre, j'aurais pu. . . mais vous semblez parler de la Direction des médicaments. Ce que je veux savoir, docteur, c'est si vous avez des preuves de ce que vous avancez.

[Texte]

Dr. Rieder: This is a commonly held belief in the CSCI brief, but I must emphasize I have no proof of that.

Mrs. Clancy: All right. Again, I am interested in the one-year, two-year suggestions you had on approvals. Can you tell me if other countries approve them this quickly?

Dr. Rieder: The U.K. usually manages to get them in under that time.

Mrs. Clancy: Are you talking about first priority drugs or any drugs?

Dr. Rieder: First priority drugs. . . I'm not familiar with all their agents, but it's rare for a drug in the U.K. to go past two and a half years.

Mrs. Clancy: Any drug?

• 1640

Dr. Rieder: Usually any drugs, and first priority drugs usually come under 18 months; that's my impression.

Mrs. Clancy: I see, but not a year.

Dr. Rieder: Some come in under a year. Some drugs in Canada come in under a year. For instance, many of the new AIDS drugs have come in under a year.

Mrs. Clancy: AIDS, however, is in a sense a bad example because of the prognosis and the disease.

Dr. Rieder: Correct, but that's what a drug's first priority is for.

Mrs. Clancy: I understand.

Another thing that sort of surprised me was your categorizing pregnancy as one of the orphan groups. Since we've already reprimanded Mr. Postlewaite for being politically incorrect, we can't let you get away with it either. It's not generally held, at least by a number of members of this committee, that pregnancy is a disease.

Dr. Rieder: I didn't say it was a disease.

Mrs. Clancy: Perhaps not, but that was the impression you gave.

Secondly, I'm concerned about the question of medication vis-à-vis pregnancy. The general medical response I have heard, both as a member of health and welfare committee and as a member of this committee, is that, barring particular conditions involving pregnancy, the "normal" pregnancy is one that is fairly unmedicated. Are you talking about pregnancy with complications due to a number of other factors, or are you talking about the "normal" pregnancy?

Dr. Rieder: I should mention that I do clinical practice only one day a week.

Mrs. Clancy: I'm sorry, you're going to have to go a little more slowly.

[Traduction]

Dr Rieder: C'est une impression assez courante et il en est question dans le mémoire de la Société, mais je dois dire que je n'en ai aucune preuve.

Mme Clancy: Très bien. Je m'intéresse aux délais d'un an et de deux ans que vous proposez pour l'approbation des médicaments. Savez-vous si les délais sont plus courts dans les autres pays?

Dr Rieder: Au Royaume-Uni, c'est généralement plus rapide.

Mme Clancy: Voulez-vous parler des médicaments prioritaires ou des autres?

Dr Rieder: Des médicaments prioritaires. . . Je ne connais pas tous les agents, mais il est rare qu'il faille plus de deux ans et demi pour approuver un médicament au Royaume-Uni.

Mme Clancy: N'importe quel médicament?

Dr Rieder: N'importe quel médicament habituellement, et pour les médicaments prioritaires, il faut moins de 18 mois. C'est du moins mon impression.

Mme Clancy: Donc, pas seulement une année.

Dr Rieder: Certains prennent moins d'un an. Au Canada aussi, il faut parfois moins d'une année. Par exemple, la plupart des nouveaux médicaments pour traiter le sida ont été approuvés en moins d'une année.

Mme Clancy: Le sida est un mauvais exemple étant donné le genre de maladie et son issue.

Dr Rieder: C'est vrai, mais c'est habituellement le cas pour les médicaments prioritaires.

Mme Clancy: Je sais.

Une autre chose qui m'a un peu étonnée, c'est que vous classiez la grossesse parmi les maladies rares. Comme nous avons déjà reproché à M. Postlewaite d'être politiquement incorrect, nous ne pouvons pas fermer les yeux. Pour la plupart des membres du comité, la grossesse n'est pas une maladie.

Dr Rieder: Je n'ai pas dit que c'en était une.

Mme Clancy: Peut-être pas, mais c'est l'impression que vous nous avez donnée.

Deuxièmement, je m'intéresse au problème des médicaments pendant la grossesse. À titre de membre du Comité de la santé et du bien-être social et aussi de membre de ce comité-ci, j'ai constaté que le monde médical considère généralement qu'une grossesse «normale», c'est-à-dire sans complications particulières, nécessite très peu de médicaments. Avez-vous fait allusion à des grossesses avec complications imputables à un certain nombre d'autres facteurs, ou voulez-vous parler d'une grossesse «normale»?

Dr Rieder: Je devrais dire que je ne fais qu'une journée par semaine de clinique.

Mme Clancy: Je suis désolée, vous allez devoir parler plus lentement.

[Text]

Dr. Rieder: Pressure of speech, pressure of speech. I practise clinically only one day a week. Four days a week I do research. That one day a week I practise clinically, I take care of women who are exposed to drugs and chemicals in pregnancy. That's what I do for a living.

Mrs. Clancy: What you're talking about are complicated pregnancies. You're not talking about pregnancy in the normal sense.

Dr. Rieder: Yes and no. If you look at pregnancies in Canada, the average otherwise healthy woman in pregnancy takes between one and nine drugs during pregnancy. This includes things such as acetaminophen, which is Tylenol. Oops, I said a trade name.

Mrs. Clancy: I knew that.

Dr. Rieder: I'm not sure I'm supposed to say trade names, but things like acetaminophen—

Mrs. Clancy: Chill out.

Dr. Rieder: —which is relatively harmless, antibiotics for bladder infections. . . urinary tract infection is a fairly problem in pregnancy in women and routinely requires antibiotic therapy.

The other thing is that a fairly large number of women who have chronic diseases are now having children. Six percent of the population has asthma. That includes 6% of the female population who can have babies.

Mrs. Clancy: So you are talking about pregnancy with. . . Is there is a problem with pregnant women who have bladder infections, or are they being covered by the pharmaceuticals on the market?

Dr. Rieder: Those women are currently covered by the pharmaceuticals available on the market, although I must say there is a lack of information among physicians as to the fact that this exists.

Mrs. Clancy: All right, but you are mixing apples and oranges here.

Dr. Rieder: The other problem is the development of new agents. There are a number of new agents coming on the market—for instance, peptic ulcer treatment is radically different from what it was 10 years ago. Peptic ulcers are a reasonably common problem among women of childbearing age. There is very little data on the safety of those drugs in pregnancy. There is very little data on the safety of Prozac in pregnancy, despite the fact that it was the most prescribed agent in the United States last year.

Mrs. Clancy: For pregnant women?

Dr. Rieder: Period. But among pregnant women treated with that class of agents, which is not an insubstantial number, it's fairly frequently used. The statistics in Utah—

Mrs. Clancy: I'm sorry. I'm going to have to pose the question again. Do pregnant women get prescribed the drug you mentioned, Prozac?

Dr. Rieder: Absolutely.

[Translation]

Dr Rieder: La pression, toujours la pression. Je ne pratique qu'une journée par semaine. Les quatre autres journées, je fais de la recherche. Cette journée de clinique par semaine, je vois des femmes qui ont pris des médicaments ou ont été exposées à des produits chimiques pendant leur grossesse. C'est ainsi que je gagne ma vie.

Mme Clancy: Vous parlez donc de grossesses avec complications. Vous ne parlez pas des grossesses sans problèmes.

Dr Rieder: Oui et non. Les Canadiennes moyennes, qui sont en bonne santé, prennent entre un et neuf médicaments différents pendant leur grossesse. Parmi ces médicaments il y a entre autre l'acétaminophène, c'est-à-dire le Tylenol. Cela m'a échappé. C'est une marque de commerce.

Mme Clancy: Je le savais.

Dr Rieder: Je ne sais pas si je peux nommer des marques de commerce, mais les médicaments comme l'acétaminophène. . .

Mme Clancy: Ne vous en faites pas.

Dr Rieder: . . .qui sont relativement inoffensifs, les antibiotiques pour traiter les infections de la vessie. . . L'infection des voies urinaires est assez courante pendant la grossesse et nécessite de façon routinière un traitement aux antibiotiques.

De plus, un nombre assez important de femmes qui souffrent d'une maladie chronique ont maintenant des enfants. Six p. 100 des femmes en âge d'avoir des enfants souffrent d'asthme.

Mme Clancy: Vous voulez donc parler des grossesses où. . . Y a-t-il un problème pour les femmes enceintes qui ont une infection de la vessie ? Est-ce qu'il y a des médicaments pour elles sur le marché?

Dr Rieder: Ces femmes-là peuvent actuellement se procurer des médicaments sur le marché, mais il faut avouer que les médecins ne sont pas tellement au courant de leur existence.

Mme Clancy: Très bien, mais vous mêlez les torchons et les serviettes.

Dr Rieder: Un autre problème, c'est la mise au point de nouveaux agents. Un certain nombre sont régulièrement commercialisés. Par exemple, on ne traite plus du tout l'ulcère de l'estomac comme on le faisait il y a dix ans. Or les ulcères sont un problème relativement courant chez les femmes en âge de procréer. Il y a pourtant très peu de données sur l'effet de ces médicaments sur un fœtus. Même si le Prozac a été le médicament le plus prescrit aux États-Unis l'an dernier, on en sait très peu sur ses effets chez une femme enceinte.

Mme Clancy: Prescrit pour des femmes enceintes?

Dr Rieder: Non, en général. Mais c'est un médicament qui est très souvent utilisé pour les femmes enceintes qui ont besoin d'un tel traitement, et leur nombre n'est pas insignifiant. Les statistiques en Utah. . .

Mme Clancy: Je suis désolée. Je vais devoir poser la question à nouveau. Est-ce que l'on prescrit ce médicament, le Prozac, à des femmes enceintes?

Dr Rieder: Certainement.

[Texte]

Mrs. Clancy: In great numbers? Are there a great number of pregnant women with peptic ulcers?

Dr. Rieder: Prozac is an anti-depressant, but if you look at women who get—

Mrs. Clancy: Then why are they giving it to people with peptic ulcers?

Dr. Rieder: I'm switching classes of agents. I'm mixing apples and oranges here.

Mrs. Clancy: Yes, you certainly are.

Dr. Rieder: I'm illustrating different classes of agents. There's a fair number of women around with peptic ulcer disease. Probably a couple of percent of the population might get prescribed it. That's one issue.

Mrs. Clancy: A couple of percent of the general population or the pregnant population?

Dr. Rieder: The pregnant population...at some time or another may be prescribed agents for dyspepsia or gastric distress.

If we look at Prozac, which is an anti-depressant, it's not anything like 10% of the population, but depression during pregnancy is reasonably common, although depression after pregnancy is worse. If you look at data from places like Utah, which actually keeps some of this data, albeit poorly, in one year this centre in Utah was seeing a couple of thousand women who were treated with that agent over a period of one year. If you extrapolate that figure over the United States and Canada, it is a reasonable number. For any particular agent it is not a big number. That is a major problem because it is hard to collect data, especially if you have a poor "post hoc" system of collecting information, which we do.

• 1645

Mrs. Clancy: If you had the kind of drug directorate you recommend, what position do you postulate we would be in, vis-à-vis the Meme breast implant in Canada?

Dr. Rieder: If we had the kind of drug directorate I believe we should have I believe, firstly, that when the implant was being introduced it would have been viewed very critically by external experts familiar with the issues. Secondly, once it came on the market there would have been very close follow-ups and we would not be in the situation in which Lord knows how many hundreds of thousands of women—

Ms Black: There are 150,000 in Canada.

Dr. Rieder: —have had this implant. We are starting to see that there may be problems now. So, for post-marketing with the new drug directorate I would argue we should aim for, we have to get a system in which if a problem shows up once a drug is out and if the problem is uncommon or even if it is common but did not show up prior to testing, the public would know about it. Look at how long it took; this is a terrible situation. I really think we ought to try to be clever and try to find ways of avoiding terrible situations in the future.

[Traduction]

Mme Clancy: Elles sont nombreuses? Y a-t-il beaucoup de femme enceintes qui ont un ulcère?

Dr Rieder: Le Prozac est un antidépresseur, mais si vous regardez les femmes qui. . .

Mme Clancy: Alors pourquoi le donnent-ils à des gens qui souffrent d'un ulcère à l'estomac?

Dr Rieder: Je vous parle d'un agent différent. J'ai encore mêlé les torchons et les serviettes.

Mme Clancy: En effet.

Dr Rieder: Je veux seulement vous donner des exemples pour des agents différents. Bon nombre de femmes ont un ulcère d'estomac. Sans doute que 2 ou 3 p. 100 de la population recevrait une ordonnance de Prozac.

Mme Clancy: Deux ou 3 p. 100 de la population en général ou des femmes enceintes?

Dr Rieder: Des femmes enceintes. C'est un médicament qu'on peut vous prescrire à un moment ou à un autre pour la dyspepsie ou pour des douleurs gastriques.

Prenons par exemple le Prozac, qui est un antidépresseur, il n'est pas prescrit à 10 p. 100 de la population, mais la dépression pendant la grossesse est relativement courante, même si c'est généralement pire après l'accouchement. D'après les données de l'Utah, qui tient des statistiques à ce sujet, et qui le fait d'ailleurs très mal, en une année, cette clinique de l'Utah a vu quelques milliers de femmes qui ont été traitées avec ce médicament pendant une année. Par extrapolation, on peut dire que cela donne un certain nombre dans l'ensemble des États-Unis et du Canada. Pour chaque agent en particulier, ce n'est pas beaucoup. Le problème, c'est qu'il est difficile d'amasser des statistiques, surtout quand on a un mauvais système après coup comme le nôtre.

Mme Clancy: Si vous aviez une Direction des médicaments comme celle que vous recommandez, où en serait la situation pour l'implant mammaire Meme au Canada?

Dr Rieder: Si nous avions une Direction comme celle que nous devrions avoir d'après moi, premièrement, des experts de l'extérieur connaissant bien les problèmes auraient jeté un regard très critique sur l'implant au moment de son lancement. Deuxièmement, une fois commercialisé, l'implant aurait été suivi de très près et nous n'aurions pas maintenant je ne sais combien de centaines de milliers de femmes. . .

Mme Black: Il y en a 150,000 au Canada. .

Dr Rieder: . . .qui se sont fait implanter cette prothèse. On commence à constater qu'il pourrait y avoir des problèmes. Cette nouvelle Direction que je souhaite aurait une surveillance post-commercialisation qui renseignerait la population chaque fois que surgirait un problème, qu'il soit courant ou non, qui n'aurait pas été observé pendant les essais antérieurs à la commercialisation. Regardez combien de temps il a fallu pour ces implants. C'est vraiment terrible. Il faut agir avec intelligence et trouver le moyen d'éviter qu'une telle chose ne se reproduise.

[Text]

Ms Black: Thank you for your presentation. It was fascinating and very fast-paced.

I want to ask you about international protocol in drug testing and your views on it. It seems to me that if we are duplicating the testing processes in a variety of countries in the world, some international protocol could perhaps be developed. I think one of you alluded to the European Community and the models there that would speed up the process, for one thing, as long as we had assurances that the standards we hold here in Canada were the standards used in testing drugs or medical devices. I just wondered if you had any thoughts on that aspect.

Dr. Rieder: I think harmonization is important.

Ms Black: Harmonization was not the term I would like to use. I would feel a lot more comfortable if we established protocols that were satisfactory to our standards of—

Dr. Rieder: Right. I have recognized over the last three weeks I have been involved that harmonization means different things to different people.

A uniform submission format and way of reviewing common submissions would obviously be a very good idea. The other point is that, as you suggested, if clinical trials were done in the U.S.A., the U.K., or France and if we are confident that the clinical data and clinical investigators meet our standards and that their clinical charts meet our standards, it seems rather foolish to throw good money after bad and to repeat the data if we are happy with the results. I think that point is very important and is something that certainly needs to be pursued.

Ms Black: I am intrigued by your statement—

Mr. Postlewaite: I think if we harmonize our standards and do not sacrifice any of the safety and efficacy standards we currently have—and there is plenty of room for improved efficiency without sacrificing those—harmonization internationally along the line you are suggesting, with similar protocols, will lead to an ultimate objective, which is mutual recognition, so that research done elsewhere around the world at the same centres, which also opens opportunities—

Ms Black: —and to the same standards.

Mr. Postlewaite: The reverse is also true. We would not be duplicating what is being done elsewhere in Canada, but Canada can also participate in global R and D.

Ms Black: One of the aspects I found fascinating about some of the language you used was the talk of “orphan populations”, which is totally new to me. When you talk about orphan populations and include the elderly, children and pregnant women, I would say they include the vast majority of the population of this country and that of the world. Whom have you left out? Middle-aged men?

Ms Marks: Or older.

Ms Black: You are saying that the only ones who do not belong to an orphan population are middle-aged men.

Dr. Rieder: And non-pregnant middle-aged women. It is an interesting problem, but it returns to the question you discussed earlier with respect to why there are not more women in clinical trials. Historically, there are a couple of

[Translation]

Mme Black: Je vous remercie pour votre exposé fascinant et très rapide.

Je voudrais savoir ce que vous pensez des protocoles internationaux pour les essais de médicaments. Il me semble que si plusieurs pays doivent répéter les mêmes essais, il y aurait lieu de s'entendre sur les protocoles internationaux. L'un d'entre vous a fait allusion à la Communauté européenne et à ce qui se fait là-bas pour accélérer le processus. Évidemment, il faudrait nous assurer que ces pays ont les mêmes normes que le Canada pour les essais de médicaments ou les appareils médicaux. Je me demandais si vous aviez réfléchi à la question.

Dr Rieder: Je trouve l'harmonisation importante.

Mme Black: Je préférerais utiliser un autre terme que «harmonisation». Je me sentirais beaucoup plus à l'aise si nous établissions des protocoles correspondant à nos normes. . .

Dr Rieder: En effet. Depuis trois semaines que je m'occupe de la question, je me suis rendu compte que chacun a sa propre définition de «harmonisation».

L'idéal, ce serait évidemment des règles de présentation identiques et le même processus d'examen. Comme vous le dites, si les essais cliniques sont faits aux États-Unis, au Royaume-Uni ou en France et que nous sommes certains que les données, enquêteurs et tableaux cliniques correspondent aux nôtres, il serait évidemment ridicule de jeter l'argent par les fenêtres en répétant des essais qui nous satisfont. C'est une possibilité très intéressante qu'il ne faut pas négliger.

Mme Black: Votre déclaration m'intrigue. . .

M. Postlewaite: S'il y a harmonisation des normes sans que nous soyons obligés de baisser nos standards—et il y a un moyen d'améliorer l'efficacité sans compromettre nos normes—les protocoles internationaux que vous proposez mèneront à l'objectif ultime, c'est-à-dire la reconnaissance de toute la recherche qui se fait ailleurs dans le monde dans des centres comparables, ce qui ouvre la voie. . .

Mme Black: . . . en respectant les mêmes normes.

M. Postlewaite: Le contraire est également vrai. Nous ne serions plus obligés de reproduire au Canada ce qui se fait ailleurs et nous profiterions de la R & D mondiale.

Mme Black: Ce que j'ai trouvé fascinant dans le langage que vous utilisez, ce sont ces «populations orphelines», dont je n'ai jamais entendu parler. Quand vous y incluez les personnes âgées, les enfants et les femmes enceintes, vous visez la grande majorité de la population du Canada et du monde entier. Qui reste-t-il? Les hommes dans la quarantaine?

Mme Marks: Ou plus vieux.

Mme Black: Vous dites que les seules qui ne constituent pas une population orpheline, ce sont les hommes dans la quarantaine et la cinquantaine.

Dr Rieder: Et les femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. C'est un problème intéressant, mais il nous ramène à la question que vous avez posée plus tôt, quand vous avez demandé pourquoi il n'y avait pas plus de femmes

[Texte]

reasons. I am concerned about someone who mainly treats people who belong to these orphan populations or on whom they would like to do research. There has been an interesting turnabout in the ethical process. Fifty years ago we did things in orphan populations that were just unethical. By "we" I mean the scientific community. Of course we have changed ethically. Certainly if you want to do research on children, on the elderly, or on pregnant women, the ethics committee will say to you that it is not ethical.

• 1650

It has now come to the stage that some of these "orphan groups"—the AIDS people are the best example—are saying that it is their right to have research done on them; that it is unethical not to do research on them. The orphan populations really refer to populations in which drug use is low frequency, such that commercial return is not likely with current regulatory standards.

Ms Black: My understanding is that the elderly in this country, if anything, are over-medicated. I have difficulty understanding that.

Mr. Rieder: Correct.

Ms Black: You talked about Prozac being the most-prescribed drug in the United States.

Mr. Rieder: A couple of years ago, yes.

Ms Black: You said it is an anti-depressant and that it was prescribed also for pregnant women. I have a real bias, I suppose, myself, about this kind of advocating of drugs for women who are pregnant. An anti-depressant just doesn't seem appropriate to me at all for a pregnant woman.

Mr. Rieder: It makes you depressed.

Ms Black: I think during pregnancy women have hormonal changes. There can be times when a doctor might perceive her to be depressed when in fact it is a normal part of her pregnancy. I have some personal biases about that kind of medicating of people. Have there been any studies done on the hormonal changes in a woman's natural life-cycle and the use of these kinds of drugs?

Mr. Rieder: That's an interesting question. A lot of that is unsettled, is unresolved. For instance, we still don't know all the changes that affect drug metabolism during puberty. We know that during puberty there are big changes in your hormonal distribution, male and female. There's a little bit of evidence that this may change the way you deal with drugs, but that's new. That's all new stuff. There's very little information on changes in drug handling over time, changes in drug handling related to pregnancy. For instance, we're doing some research on how anti-convulsant drugs, the epileptic drugs, may differ in women who have epilepsy and get pregnant. This is just unknown. We don't know anything about that.

Ms Black: I was in the hospital for a number of months with a woman who was epileptic and pregnant.

[Traduction]

dans les essais cliniques. Il y a deux ou trois raisons à cela. Je me méfierais de quelqu'un qui ne traiterait que les gens faisant partie de ces populations orphelines ou qui voudraient se servir d'eux pour faire des recherches. Il y a eu un revirement intéressant de l'éthique. Il y a cinquante ans, nous faisons des choses avec ces populations orphelines qui n'étaient pas du tout éthiques. Je veux parler du monde scientifique bien entendu. Mais l'éthique a évolué. Maintenant, ceux qui veulent faire de la recherche sur les enfants, sur les personnes âgées ou sur les femmes enceintes se font rappeler à l'ordre.

Pourtant, certains de ces «groupes orphelins»—les victimes du sida en sont un bon exemple—revendiquent leur droit de servir de cobaye; selon eux, c'est immoral de ne pas se servir d'eux pour la recherche. Les populations orphelines regroupent ceux qui n'utilisent pas souvent des médicaments, si bien qu'étant donné les normes réglementaires actuelles, il serait peu probable que la mise au point de médicaments soit très rentable.

Mme Black: Je pensais que les personnes âgées au Canada prenaient au contraire trop de médicaments. J'ai du mal à comprendre.

Dr Rieder: C'est vrai.

Mme Black: Vous avez dit que Prozac était le médicament le plus prescrit aux États-Unis.

Dr Rieder: Il y a quelques années, oui.

Mme Black: Vous avez dit que c'était un antidépresseur prescrit également aux femmes enceintes. Personnellement, je n'aime pas tellement l'idée de préconiser l'usage de médicaments par les femmes enceintes. Je trouve aussi qu'il n'est pas du tout approprié de faire prendre un antidépresseur à une femme enceinte.

Dr Rieder: Cela vous déprime.

Mme Black: Je trouve que, pendant la grossesse, les femmes subissent des changements hormonaux. Un médecin peut avoir l'impression qu'une femme est déprimée à un certain moment, alors qu'il s'agit en fait d'une phase normale de sa grossesse. Je suis personnellement contre de tels médicaments. A-t-on fait des études sur les changements hormonaux qu'une femme subit pendant son cycle reproductif naturel et sur la consommation de ces médicaments?

Dr Rieder: C'est une question intéressante. Bien des questions restent encore sans réponse. Par exemple, nous ignorons toujours une partie des changements qui influent sur le métabolisme des médicaments pendant la puberté. Nous savons qu'à la puberté, autant chez les garçons que chez les filles, il y a toute une révolution hormonale. On a quelques preuves indiquant que cela peut changer la façon dont l'organisme assimile les médicaments, mais c'est une découverte bien récente. On en sait très peu sur les changements qui influent sur les médicaments, par exemple pendant la grossesse. Nous faisons actuellement de la recherche sur les médicaments anticonvulsifs, donnés aux épileptiques, pour déterminer s'ils agissent différemment chez les femmes qui deviennent enceintes. On n'en sait rien pour le moment.

Mme Black: J'ai déjà passé quelques mois à l'hôpital avec une femme épileptique qui était enceinte.

[Text]

Mr. Rieder: It's an awkward problem; 40% of women who are epileptic and pregnant have a seizure during pregnancy, because they've lost control. Until quite recently, we haven't understood why that might be.

Ms Black: This was 25 years ago, I might add.

Mr. Rieder: It still happens.

Ms Black: You also talked about disasters in the post-marketing surveillance of drugs in Canada. I don't know what you mean by that. Are you talking about things such as the IUD, thalidomide, or are there other things?

Mr. Rieder: It's basically along that line, thalidomide, DES, instances in which significant numbers of patients have been harmed or killed by problems that were unpredictable during the drug review process, but which showed up afterwards. I would argue that these could have been picked up earlier and morbidity and mortality prevented if we had a better system of watching for them.

Ms Black: What are you advocating in a better system? It's ironic at this committee, the status of women committee, that the post-marketing surveillance disasters you've mentioned and I've mentioned all deal with either pregnant women or women.

Mr. Rieder: Orphan populations.

Ms Black: That's quite dramatic, certainly to this committee.

Mr. Rieder: For instance, the British are much better at post-marketing surveillance than we are. They've learned from their mistakes. They have a system now in which, if there are any new affects from drugs, they are reported to a central agency, the Committee for the Safety of Medicines.

Ms Black: Is halcion an example of that?

Mr. Rieder: Yes.

Ms Black: Are we still marketing halcion in Canada?

Mr. Rieder: Yes.

• 1655

Mrs. Anderson: I think we have covered an awful lot of it. I'm no so certain what question to ask.

The topic we have been dealing with is breast cancer, and with breast cancer we have a lot of drugs out there. What sort of post-marketing experience do we have with the present drugs we have?

Dr. Rieder: Actually the post-marketing experience with cancer drugs is not bad, but that is because they are kind of a unique class of agents. Care tends to be centralized, and the people who deliver the care tend to be in centralized centres for the provinces. They also follow the patients more closely oftentimes than patients are followed otherwise. So for the cancer drugs in general—and breast cancer drugs fit into that category—we have much more information on what happens after they come onto the market than we do for most other agents.

[Translation]

Dr Rieder: C'est un problème délicat. Nous savons que 40 p. 100 des femmes épileptiques enceintes ont une crise pendant leur grossesse parce que les médicaments ne contrôlent plus la situation. Jusqu'à tout récemment, on ne savait pas pourquoi.

Mme Black: Je dois dire que dans mon cas, c'était il y a 25 ans.

Dr Rieder: Mais la même chose se produit encore.

Mme Black: Vous avez aussi parlé de la catastrophe qu'est la surveillance post-commercialisation des médicaments au Canada. Qu'entendez-vous par là? Faites-vous allusion aux problèmes que nous avons eus avec les stérilets, la thalidomide, et d'autres encore?

Dr Rieder: Oui, il y a la thalidomide, le DES, et tous les autres médicaments qui ont causé des problèmes, pouvant aller jusqu'à la mort, chez bon nombre de patients, alors qu'ils n'avaient pas du tout été observés pendant les essais habituels. Cela s'est produit après coup seulement. Je prétends que l'on aurait pu constater ces problèmes plus tôt si nous avions exercé une meilleure surveillance, ce qui aurait permis d'éviter morbidité et mortalité.

Mme Black: Quel genre de meilleur système préconisez-vous? C'est ironique qu'au comité de la condition féminine, vous mentionniez des échecs de la surveillance post-commercialisation qui touchent tous des femmes ou des femmes enceintes.

Dr Rieder: Des populations orphelines.

Mme Black: C'est vraiment dramatique, du moins pour notre comité.

Dr Rieder: Par exemple, la surveillance post-commercialisation est bien meilleure en Grande-Bretagne. Les Anglais ont tiré des leçons de leurs erreurs. Ils ont maintenant un système selon lequel tout nouvel effet secondaire d'un médicament doit être déclaré à un organisme central qui s'appelle le Comité pour des médicaments sûrs.

Mme Black: Est-ce que c'est ce qui s'est produit pour le Halcion?

Dr Rieder: Oui.

Mme Black: Le médicament se vend-il toujours au Canada?

Dr Rieder: Oui.

Mme Anderson: Il me semble que l'on a touché à tout, ou presque. Je ne sais plus quelle question poser.

Nous étudions actuellement le cancer du sein, et il existe beaucoup de médicaments pour le traiter. Quelle est la surveillance post-commercialisation des médicaments disponibles?

Dr Rieder: La surveillance post-commercialisation des médicaments contre le cancer est assez bonne, mais c'est parce que c'est une catégorie d'agents assez particulière. Les soins sont généralement centralisés; les spécialistes qui traitent le cancer exercent habituellement dans des centres hospitaliers accueillant tous les malades de la province. De plus, ces patients sont souvent suivis de beaucoup plus près que ne le sont les autres malades. Grâce à cela, nous avons beaucoup plus de renseignements sur les effets des médicaments contre le cancer—dont font partie les médicaments contre le cancer du sein—observés après leur commercialisation que sur la plupart des autres agents.

[Texte]

Actually, I think breast cancer drugs are an example of what we might be able to achieve if we applied it to other classes of drugs in getting a better idea of what happens when these agents are on the market. That is not to say it is perfect; there is obviously not a perfect system, but it is certainly closer to perfect than it is with the average drug that goes on the market. If something unusual happens, if the person who notices it is smart enough to report it, that gets passed on. It might get noted; otherwise it might take a long time.

Mrs. Anderson: I will pass it on. I am sure Ms Greene might have something.

The Chairman: Yes, I have a couple of questions. First of all, does the British system include the medical devices as well as the drugs?

Dr. Reider: That is an interesting question, and I do not know. I think it does, but I do not know for sure.

The Chairman: Secondly, right now they have that experimental drug process in the health and welfare department.

Dr. Reider: Emergency release?

The Chairman: Yes. Could you explain for the record what the problems are with that process?

Dr. Reider: The emergency release program exists because our approval process is so slow. It didn't start out that way, it just wound up that way. In principle, the emergency drug release program is a good idea. You have a drug that is a few months away from being released, you have some poor person who has a bad disease, and she or he needs treatment. So you get the drug released.

The problem is it's blown into an inflated monster because drugs are spending so much time in review. Physicians are not geniuses, but we are not stupid either. We know there are new drugs coming out. Usually if a drug is in another country, we know we can get hold of it through the emergency release program. So if you are a person like me who works in an academic centre, you have a child with a serious problem and you know there is a new drug coming down the pipe, you can usually get hold of it through the emergency release program. The size of the emergency release program is a testament to the failure of the drug approval process.

The Chairman: Okay. Thank you very much. I think that is important testimony for us to have for this particular study, because we have quite a number of people who have commented on the problem.

Dr. Reider: This is my review of the Canadian drug approval process, the Gagnon commission's recommendations, that I provided to Dr. Roy from the CSCI.

The Chairman: Yes, I would like to attach that, as well as the other report. We have a motion to attach these. Are there other comments?

[Traduction]

En fait, si l'on suivait les autres agents d'aussi près que l'on suit les médicaments contre le cancer du sein, on aurait une bien meilleure idée de ce qui se passe une fois les médicaments commercialisés. Ce n'est pas que ce soit le système parfait, mais il est certainement plus près de la perfection que celui utilisé pour les autres médicaments. Dès que quelque chose d'inhabituel se produit, si la personne qui le remarque est assez intelligente pour en parler, c'est signalé. Sinon, il faudra beaucoup de temps avant que l'on remarque quoi que ce soit.

Mme Anderson: J'ai terminé. Je suis certaine que M^{me} Greene a quelque chose à ajouter.

La présidente: Oui, je voudrais poser quelques questions. Premièrement, est-ce que le système britannique s'applique aussi bien aux appareils médicaux qu'aux médicaments?

Dr Rieder: C'est une question intéressante, dont j'ignore la réponse. Probablement, mais je n'en suis pas certain.

La présidente: Deuxièmement, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, il existe un processus spécial pour les médicaments expérimentaux.

Dr Rieder: Les médicaments d'urgence?

La présidente: Oui. Pourriez-vous expliquer au profit du compte rendu les inconvénients du processus?

Dr Rieder: Le programme des médicaments d'urgence existe parce que notre processus d'approbation est trop long. Il ne l'était pas au début, mais il l'est devenu avec le temps. En principe, ce programme est une bonne idée. Il permet d'autoriser la vente d'un médicament quelques mois à l'avance parce que quelqu'un a une maladie grave et a besoin de ce traitement.

Le problème, c'est que le programme est devenu omniprésent parce que l'examen des médicaments dure trop longtemps. Les médecins ne sont pas des génies, mais ils ne sont pas stupides non plus. Ils savent que de nouveaux médicaments sont sur le point d'être commercialisés. Lorsqu'un médicament se vend déjà dans un autre pays, nous savons qu'il est possible de l'obtenir en faisant appel au programme des médicaments d'urgence. Moi, par exemple, je travaille dans une université; si un enfant a un problème grave et si je sais qu'un nouveau médicament sera mis sur le marché bientôt, je vais pouvoir l'obtenir en invoquant une urgence. Le nombre de médicaments autorisés en vertu de ce programme est une preuve de l'échec du processus normal.

La présidente: Très bien. Merci beaucoup. Votre témoignage est très important pour notre étude, puisque bon nombre de personnes ont fait des commentaires semblables.

Dr Rieder: Voici mon examen du processus canadien d'autorisation des médicaments, les recommandations de la Commission Gagnon, que j'ai fourni au D^r Roy, de la Société canadienne de recherche clinique.

La présidente: Merci; je voudrais bien annexer ces deux rapports à notre compte rendu. Y a-t-il une motion en ce sens? Y a-t-il d'autres interventions?

[Text]

Mr. Postlewaite: I would just like to add that the manufacturers in the industry share Dr. Reider's concern about the emergency drug release program. The number of drugs released here in Canada through that program far exceeds what happens in the United States or the United Kingdom. So it truly is a reflection of the failure of the drug approval process.

What is so disturbing about that is it was originally intended for people to have access to therapies of last resort that were not available in the Canadian market. HPB is now giving company physicians blanket approval to obtain drugs through this system, and it is circumventing the safety net. So it is certainly not a compassionate release or emergency drug release. It is a circumvention of the safety net, and we are living at higher risk as a result.

The Chairman: Good, thank you. Another comment?

Dr. Reider: This is a comment that relates back to your earlier comment about women in science. I think Gord's comments are exactly right. Over the last decade we have seen a lot more women come into science. If you look at the ranks of established investigators, there are very few women. If you look at people getting out of medical school now, half our med school graduates are women. So I am hopeful that situation will change and we'll get a balance of 50:50, which is the desirable balance.

• 1700

Mrs. Clancy: If I can give you a paid political announcement, what you can do, for example, is contribute to the Mount St. Vincent University Jeanne Sauvé Chair in Women in Science and then you will solve part of the problem.

Dr. Rieder: Thank you very much.

Mrs. Clancy: Help funded by the Hon. Judy Erola. . .

Mr. Postlewaite: I might also add that something that has been encouraging this change is the quota implied in the Canada Scholarships Program which has worked very well.

We also considered it for our foundation, and that's what prompted us to do our statistical number counting. We found out we didn't need to do it. The excellence of the science was there as much with women as it was with men.

The Chairman: I understand they are exceeding the 50% now with Canada scholars—

Mrs. Clancy: In pharmacy.

Ms Marks: Yes, there is no problem in pharmacy.

Mr. Postlewaite: It is quite high in medicine, too, and then the subset of that is in research within the health professions.

Mrs. Clancy: It is very interesting. I think what is going to be interesting to see in the medical profession is the specialities.

[Translation]

M. Postlewaite: J'ajouterais simplement que les industries pharmaceutiques partagent les réserves du D^r Rieder au sujet du programme des médicaments d'urgence. Au Canada, le nombre de médicaments dont la vente est autorisée dans le cadre de ce programme est beaucoup plus élevé qu'aux États-Unis ou au Royaume-Uni. C'est vraiment la preuve de l'échec du processus normal.

Le plus inquiétant, c'est que ce programme des médicaments d'urgence avait été pensé à l'origine pour ceux qui avaient besoin d'un traitement qui était leur dernier espoir et qui n'était pas disponible sur le marché canadien. La Direction de la protection de la santé donne maintenant aux médecins des entreprises une autorisation générale leur permettant d'obtenir des médicaments grâce au programme, ce qui leur permet d'échapper au filet de sécurité. On ne peut donc plus parler de médicaments d'urgence ou de mise en vente pour des raisons humanitaires. Les compagnies contournent ainsi les protections prévues, ce qui augmente les risques.

La présidente: Bien, je vous remercie. Une autre intervention?

Dr Rieder: Pour en revenir à ce que vous avez dit tout à l'heure au sujet des femmes et de la science, je trouve que les observations de Gord sont tout à fait pertinentes. Depuis 10 ans, beaucoup plus de femmes se dirigent vers les sciences. Parmi les chercheurs d'expérience, on trouve très peu de femmes. Pourtant, de nos jours, la moitié des diplômés en médecine sont des femmes. J'espère donc que les choses vont changer et qu'il y aura éventuellement 50 p. 100 de femmes, 50 p. 100 d'hommes, ce qui serait souhaitable.

Mme Clancy: Si je peux en profiter, je vous suggérerais de verser une contribution à la Chaire Jeanne-Sauvé de l'Université Mount St. Vincent pour les femmes en science. Vous aiderez alors à régler une partie du problème.

Dr Rieder: Merci beaucoup.

Mme Clancy: Fondée grâce à l'aide financière de l'honorable Judy Erola. . .

M. Postlewaite: J'ajouterais que ce qui accentue la tendance, c'est le quota implicite dans le Programme fédéral pour les collèges, qui a été très efficace.

Nous y avons aussi songé pour notre fondation, et c'est d'ailleurs ce qui nous a amenés à faire un relevé statistique. Nous avons découvert que c'était inutile. Les femmes excellaient autant en science que les hommes.

La présidente: Je pense que maintenant plus de 50 p. 100 des boursiers du Canada. . .

Mme Clancy: En pharmacologie.

Mme Marks: En effet, il n'y a pas de problème dans ce secteur.

M. Postlewaite: Il y a aussi beaucoup de femmes en médecine, dont les chercheurs sont un sous-ensemble.

Mme Clancy: C'est très intéressant. Ce sera aussi intéressant de voir ce qui se passe dans les spécialités médicales.

[Texte]

Dr. Rieder: Absolutely, pediatrics will of course lead the way. . . more than half are women now.

Mrs. Clancy: It is interesting because it appears that one of the areas that lagged behind is surgery, but women are also starting to move into this area.

Dr. Rieder: It requires a certain amount of flexibility. The CSCI council had a meeting in Montreal last year and we had this talk about women in academia. Phil Gold from Montreal was the last person I would have thought to have sat up and said how crazy universities were for keeping women down by requiring them to be the most productive academically at the time when they are in their child-bearing years. I think we have to be a little more clever to think of ways that women can balance a family and a career.

Mrs. Clancy: It's actually very interesting. One of the most creative medical service situations I have ever seen came out of just that need for flexibility. It is at the North End Community Clinic in Halifax where six young women doctors with small children said they didn't want to give up practice, but they had small children. They banded together and the thing has now grown. Their children are now high-school age and they are now in full-time practice, and it is an interesting development. Equally interesting, every bar society in the country in my profession is doing studies to find out why women are leaving the legal profession in droves.

Mrs. Anderson: Have you had any bad effects at the moment from the emergency drug releases? I agree with what you say, that it is getting into a dangerous area.

Mr. Postlewaite: No, there is no documented—

Dr. Rieder: How are you going to know? I mean there is no—

Mrs. Clancy: That's right, somebody dies.

The Chairman: There is no monitor.

Mrs. Clancy: Other than self-monitoring by the physician. . . doctors do bury their mistakes.

The Chairman: There is no requirement for anyone except the doctors to report any problems. So pharmaceutical companies don't have to report and the consumers don't of course even know what the hell is going on.

Mrs. Clancy: They don't survive if it doesn't work, that's all. They bury the patient.

Mr. Postlewaite: I find this an interesting subject. . . women pursuing research careers in health sciences. One of the obstacles is that researchers are, by and large, supported by council grants and this sort of thing. MRC in the next two days is looking at its whole strategy plan. One of the obstacles they identified is that in a research career, funded by a grant, the granting system is very difficult to exit and re-enter, which a lot of women like to do during their lifetime, whether they are a practising professional or a researcher. The system creates barriers for them.

Mrs. Clancy: That's absolutely true. It is a problem with continuity. Do you want to adjourn, and we can just talk?

[Traduction]

Dr Rieder: Certainement, c'est en pédiatrie que c'est le plus manifeste, puisque plus de la moitié des pédiatres sont maintenant des femmes.

Mme Clancy: C'est intéressant, parce que c'est en chirurgie qu'il y avait beaucoup moins de femmes, et là aussi elles ont commencé à faire une percée.

Dr Rieder: Pour être chirurgien, il faut une grande disponibilité. Le conseil d'administration de la société s'est réuni à Montréal l'an dernier, et il y a eu une discussion sur les femmes professeurs à l'université. Jamais je n'aurais pensé que Phil Gold, de Montréal, dirait un jour que c'est ridicule pour les universités de nuire à l'avancement des femmes en les obligeant à publier énormément alors même qu'elles sont à l'âge d'avoir leurs enfants. Il faudra trouver de meilleurs moyens pour permettre aux femmes d'avoir à la fois une famille et une carrière.

Mme Clancy: C'est vraiment très intéressant. Ce besoin de disponibilité a donné lieu à une solution très originale pour de jeunes médecins. Il s'agissait de la clinique communautaire North End, à Halifax, où six jeunes femmes médecins, mères de jeunes enfants, voulaient à la fois exercer la médecine et s'occuper de leurs jeunes enfants. Elles se sont donc regroupées. Maintenant, leurs enfants sont à l'école secondaire, et elles exercent à temps plein, mais leur clinique a une évolution intéressante. De plus, tous les barreaux du pays font des études afin de découvrir pourquoi les femmes quittent en masse la profession d'avocat.

Mme Anderson: Jusqu'à présent, est-ce que le programme des médicaments d'urgence a eu des effets préjudiciables? Comme vous, je trouve que cela devient dangereux.

M. Postlewaite: Non, aucune preuve. . .

Dr Rieder: Comment pourrait-on savoir? Il n'existe aucun. . .

Mme Clancy: Il faut attendre que quelqu'un meure.

La présidente: Personne ne surveille.

Mme Clancy: Ce sont les médecins qui surveillent. . . Les médecins enterrent leurs erreurs.

La présidente: Seuls les médecins sont tenus de rapporter les problèmes. Les industries pharmaceutiques n'ont aucune obligation, et les consommateurs, eux, n'ont aucune idée de ce qui se passe.

Mme Clancy: S'il y a des problèmes, ils meurent. On enterre le patient, tout simplement.

M. Postlewaite: Le sujet des femmes qui font carrière dans les sciences de la santé est intéressant. L'un des obstacles à cela, c'est que les chercheurs sont financés grâce à des subventions versées à des conseils de recherche. Au cours des deux prochains jours, le CRM va élaborer toute sa stratégie. Dans le domaine des subventions de recherche, il est très difficile d'abandonner la recherche pendant un certain temps, ce que beaucoup de femmes aiment faire, qu'elles exercent la médecine ou qu'elles fassent de la recherche. C'est un obstacle pour elles.

Mme Clancy: Vous avez tout à fait raison. C'est un problème de continuité. Voulez-vous lever la séance et nous laisser continuer à discuter?

[Text]

The Chairman: Yes, a read-through would be fine for our meeting—

Mrs. Clancy: When are we going to Meech Lake?

The Chairman: We have to discuss this.

Mr. Postlewaite: Thank you very much for inviting us.

• 1705

The Chairman: Could we have a motion that the letter from Dr. David Beatty, dated April 6, from the National Cancer Institute, be appended to the *Minutes of Proceedings and Evidence*?

An hon. member: I so move.

Motion agreed to

The Chairman: Okay, that's included. The next thing we need to do is decide on a date for a meeting to consider the draft report. We had suggested it might be a good idea to go to Meech Lake and spend a whole day and go right through it.

You've got three chapters today, and the other four chapters you're going to have next week before the recess. So we're looking for a date.

Mrs. Clancy: Pick a day.

The Chairman: Now, Don had suggested June 4, but I think we're all on the rape shield legislation committee and there may be a rape shield meeting at that time.

Mrs. Clancy: Yes. I am not actually on the committee but I'm going to be there so, yes, it's the same problem. I'll tell you something; you've got to do it before. . . June 4 would be the latest I could do it because I am not going to be here for the last three weeks in June.

Now I can, barring. . . I have one period of about six or seven days when I won't be able to do anything, but after that period is over I can then respond and telephone and all that sort of thing. But I just will not be available.

The Chairman: What about next week in the latter part of the week, such as May 22?

Mrs. Clancy: Sure, I've completely shot the communications committee to hell anyway, so I might as well.

The Chairman: If we could do it next. . . Well, we'll have to check and see if the rape—

Mrs. Clancy: Christine, I know it's terrible, but can you check with our offices? Because in a sense, for me to be sitting here saying, yes sure, why not—

The Chairman: But you haven't looked.

Mrs. Clancy: I haven't looked.

The Chairman: Okay, we'll try to arrange a meeting, if possible, next week, because we all have busy schedules and I'd like to get it done early.

Mrs. Anderson: Are you looking at Monday? Tuesday?

Mrs. Clancy: If you call our offices, we'll do everything we can to co-operate.

[Translation]

La présidente: Oui, il faudrait terminer notre ordre du jour.

Mme Clancy: Quand allons-nous au lac Meech?

La présidente: Il faut en discuter.

M. Postlewaite: Je vous remercie de nous avoir invités.

La présidente: Quelqu'un peut-il présenter une motion afin que la lettre du 6 avril envoyée par le D^r David Beatty, de l'Institut national du cancer, soit annexée au procès-verbal?

Un député: Je le propose.

La motion est adoptée

La présidente: Très bien, c'est fait. Nous devons maintenant fixer la date de la réunion à laquelle nous étudierons notre projet de rapport. Nous avons pensé que ce serait une bonne idée d'aller passer toute une journée au lac Meech pour tout régler.

On vous a remis trois chapitres aujourd'hui, et vous recevrez les quatre autres la semaine prochaine, avant la pause. Il faut maintenant fixer une date.

Mme Clancy: Au hasard.

La présidente: Don a proposé le 4 juin, mais je crois que nous faisons toutes parties du comité qui étudie le projet de loi concernant les victimes de viol, lequel devrait siéger ce jour-là.

Mme Clancy: En effet. Je ne suis pas membre du comité, mais comme j'y serai de toute façon, cela revient au même. En fait, je pense qu'il faudra se réunir plus tôt. Il faudrait que ce soit au plus tard le 4 juin, parce que je ne serai pas ici les trois dernières semaines de juin.

Je peux, à moins que. . . Je sais que pendant 6 ou 7 jours, je ne pourrai rien faire du tout, mais par la suite, je pourrai au moins téléphoner et m'occuper de mon courrier. Je ne serai toutefois pas disponible.

La présidente: Que pensez-vous de la fin de la semaine prochaine, vers le 22 mai?

Mme Clancy: Pas de problème, j'ai presque totalement laissé tomber le comité des communications de toute façon.

La présidente: Si c'était possible. . . Il va falloir vérifier à quel moment le comité sur. . .

Mme Clancy: Christine, je sais que c'est terrible, mais serait-il possible de vérifier auprès de nos collaborateurs? Inutile pour moi d'accepter une date si en fait. . .

La présidente: Mais vous n'avez pas vérifié.

Mme Clancy: Non.

La présidente: Alors nous allons tenter d'organiser une séance la semaine prochaine, si possible, parce que nous avons tout un horaire chargé et qu'il faudrait terminer le plus rapidement possible.

Mme Anderson: Pensez-vous siéger lundi? Mardi?

Mme Clancy: Si vous téléphonez à nos collaborateurs, nous ferons tout notre possible pour vous accommoder.

[Texte]

The Chairman: Okay, well, I'll try, I'll have a look and I won't conflict with the rape shield, because I know Don is on that committee.

Mrs. Anderson: If we could just get the motion on record that we want to do this. I so move.

The Chairman: Okay, we've got the motion that we will do this and you'll leave it up to the chair to set a date in consultation with the committee.

Mrs. Clancy: I think we should be able to get to the meat of this in one day. If you want my absolutely vital input, that's what we're going to have to do.

The Chairman: Well, this would mean, though, you're going to have to read this, this weekend, and then meet next week. But I think we can handle that.

Okay, the meeting is adjourned. Thank you.

[Traduction]

La présidente: C'est bon, je vais essayer de trouver un moment où le comité législatif concernant les victimes de viol ne siège pas, parce que je sais que Don s'occupe de ce comité.

Mme Anderson: On devrait présenter une motion en ce sens au profit du compte rendu. Je le propose.

La présidente: C'est bien. La motion est présentée, et vous laissez à la présidente le soin de fixer une date après avoir consulté les autres membres du comité.

Mme Clancy: On devrait avoir assez d'une journée pour terminer le rapport. Si vous tenez absolument à mes interventions, vous n'aurez pas le choix.

La présidente: Cela vous obligera à lire le document en fin de semaine si nous voulons nous réunir la semaine prochaine. Je crois que c'est faisable.

C'est bien. Merci. La séance est levée.

APPENDIX "FEMM-14"

RESPONSE

to the

REVIEW OF THE CANADIAN DRUG APPROVAL SYSTEM

THE PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS ASSOCIATION OF CANADA

MARCH 1992

First Term of Reference

Policies, practices, organizational structures and operational efficiencies adopted by other national regulatory agencies.

1. ***Assuming that an evaluation process must never compromise safety and based on your knowledge and experience with other national regulatory agencies, we are interested in obtaining your views concerning the following matters. Please feel free to comment on these issues in a purely Canadian context if you are unfamiliar with the practices of other agencies. What are your views on:***

- (a) ***A mission statement for the Drugs Directorate? Under the National Health and Welfare Act, the duties of the Minister included all matters relating to the "promotion or preservation of the health of the people of Canada, over which Parliament has jurisdiction." A mandate for the Drugs Directorate has evolved under the Food and Drug Act and its associated regulations, as having the responsibility for the "approval of new human and veterinary drugs for the market, the continuing surveillance of marketed drugs for safety and efficacy, and the surveillance of promotional activity by drug companies... In addition, the Directorate oversees the safety of biologics and cosmetics." There appears to be no specific mission statement enacted in any legislation; moreover, the evolved mandate as worded does not extend to a consideration of the timely availability of new drugs for the Canadian public. Do you think that a formal, clear, mission statement for the Drugs Directorate would benefit the review process? If so, do you think that it should include "the availability, within reasonable time, of modern therapeutic advances"?***

PMAC supports the idea of a renewed mission statement which would include a goal to make safe modern therapeutic advances available at the earliest possible time. The current mandate, implicit in the name Health Protection Branch, ignores the benefits to Canadian patients of early availability of new medicines. It is felt that adoption of a clear, formal statement which includes timeliness would help promote and focus all of the regulatory agency's activities.

- (b) ***The present legal requirements, regulations and guidelines governing the drug approval system in Canada?***

The present legal requirements and regulations are adequate and general enough to accommodate a variety of approaches to the regulatory process. PMAC feels that within the existing framework, a more responsive method to the clearance of all types of submissions can be implemented while maintaining our enviable standard of safety. Suggested schemes for INDs, NDSs and S/NDSs are outlined in Appendix A of this response.

Adequate guidelines are available for most areas of the regulatory process. PMAC members, however, frequently encounter disparate interpretation and application of these guidelines between and within review divisions of the HPB. It is also felt that in certain instances during the consultative process with industry, the rationale behind adoption of certain standards or procedures or the rejection of alternatives is not adequately explained by the HPB. Recommendations to improve these shortcomings are presented in Appendix A of this response.

(c) *The balance that exists now in Canada between safety and timeliness?*

While PMAC believes that safety remains the primary objective, we maintain that timeliness can be improved without compromising safety. This question implies that safety and timeliness are mutually exclusive. We suggest an approach for Canada which draws on the design of foreign systems which have made important gains in both safety and early availability of important new medicines. (See Appendix A)

(d) *Current procedures for post-marketing surveillance? Are they adequate? If not, how could the surveillance of marketed drugs be improved?*

Current procedures for post-marketing surveillance of adverse reactions should be standardized and improved. While PMAC member companies are proactive in keeping HPB informed and assuring scientifically current safety information in product labelling, a formalized, industry-wide approach is needed. Systems and methods are evolving in both industry and other governments to assess and act upon local and international databases of safety information. HPB has taken steps towards the establishment of a new framework for handling adverse reaction reporting. PMAC supports this initiative in principle and indeed bases many of its drug review recommendations on the existence of an effective system to analyse reports for both marketed and investigational drugs.

We believe the regulatory agency should not displace the manufacturer as the primary gatherer of reports but rather focus its efforts on analysis and feedback to health professionals through labelling, where necessary, and by other means of communication. Uniform standards should be developed for the format and frequency of input from manufacturers. Canada should continue its efforts to establish links to other agencies in this regard and to harmonize reporting requirements and format.

(e) *The current format, content, and procedures for the product monograph? What changes would you suggest?*

The primary purpose of the Product Monograph is to provide healthcare professionals with directions for use which stem from the drug approval and control process. The format and content thus resembles that of similar documents governed by other national regulatory agencies with one exception. The Canadian

Product Monograph contains a listing and description of all pharmacology and toxicology studies carried out by the manufacturer. This is unique to Canada. In all other respects the document most closely resembles the package insert in the United States.

The preparation of the animal pharmacology/toxicology section by submission sponsors, its review by HPB and the ensuing time consuming negotiation of final wording is not efficient or necessary. Given the limited usefulness of this information to health professionals and the negligible risks in allowing this information to be provided in the free exchange of scientific information between users and manufacturers, PMAC has recommended elimination or reduction of this component of the Monograph (see Appendix B). It should be noted that removing control of this information at the approval stage would not affect the regulatory agency's subsequent ability to exert control through the advertising provisions of the Food and Drugs Act.

(f) *A formal and effective "appeal system" for the manufacturer? What form should it take?*

The objectives of a formal and effective appeal system should be to resolve scientifically, fairly and in a timely manner any dispute arising between a manufacturer and the regulatory agency.

The Drugs Directorate Appeal Process for regulatory decisions, outlined in HPB Information Letter No. 740 (see Appendix C) differs from the mechanism described under section c.08.009 of the regulations for decisions respecting the prohibition of the sale of a new drug for clinical testing, or the suspension of a Notice of Compliance for a new drug. Both mechanisms make use of a committee. In the former it is composed of two members chosen by the Director General of the Drugs Directorate. In the latter one member is appointed by the Minister, another by the manufacturer and a third (the chair) is named by the two appointees.

We recommend that a timely, fair and scientific review of regulatory decisions be based on an Appeal Committee formed of:

- one independent expert appointed by the regulatory agency;
- one independent expert appointed by the manufacturer; and
- a chair chosen by the two appointees.

None of the experts should be an employee of the regulatory agency or of the manufacturer or have a conflict of interest.

The Appeal Committee should have the mandate to review all pertinent data and/or receive oral representation with respect to the regulatory decision and report their conclusions to the Minister.

The appeal process should be set within a regulated time frame. It is felt that 180 days will allow sufficient time to form an Appeal Committee, have the experts review the data, hold hearings, finalize recommendations and have the Minister act on the committee's recommendation.

- (g) *Policies for drugs which are needed for rare diseases, affecting small numbers of patients in the world market (orphan drugs), and as such have no profit incentives for development? Do you think there should be specific policies for review (and fostering) of "orphan drugs" in Canada?*

Specific policies for the review and fostering of "orphan drugs" in Canada are recommended.

The United States introduced an Orphan Drug Act in 1983 to stimulate the development of drugs that demonstrated significant medical but insignificant commercial promise. The law is administered by the Food and Drug Administration (FDA) and offers the firm that successfully bids for orphan designation two incentives: tax credits for up to 50% of the costs of developing the drug, and an exclusive seven-year right to market the drug for the orphan indication. Firms compete for orphan drug designation. Companies must demonstrate that the drug will be used to treat a rare disease which is defined by FDA as one which affects fewer than 200,000 patients. There is general recognition and appreciation of the benefits of the law to society.

PMAC recommends that in Canada such measures as tax incentives, a seven year period of exclusivity, and specifically tailored approval requirements, such as surrogate endpoints and innovative study design, be implemented. These should provide the needed stimulus to encourage Canadian and foreign based pharmaceutical firms to develop, or participate in the development of much needed medicines for rare diseases.

Second Term of Reference

The optimum level and extent of international harmonization and international regulatory equivalency possibilities, to improve the timeliness while ensuring the safety, quality and consistency of the review process. Specific emphasis should be placed on harmonization of submission formats and review procedures.

2. ***What is your opinion of the submission format for drug evaluation in Canada? Is it clear? Does it ensure easy compliance? How does it compare with those used in other countries?***

The Canadian submission format is clear and presents no major obstacles to compliance. It is comprised of a summary, labelling, manufacturing and quality control information, and individual reports of animal, *in vitro*, and clinical studies. Labelling differences aside, the component called the Comprehensive Summary is different from summaries in other jurisdictions in its length, organization and certain levels of detail requested. The scope and quality of information presented is, however, comparable to the summaries required by other major regulatory bodies. In view of this similarity and international efforts at harmonization of submission formats, PMAC recommends that Canada accept submissions formatted according to either the European Economic Community (EEC), the United States or the Canadian standard.

3. ***Do you think that the submission format used in Canada for drug evaluation should be similar to or perhaps identical with those used in other countries?***

The topic of harmonization of submission format is on the agenda of the next meeting of the International Congress on Harmonization to be held in Washington in 1993. This is a logical consequence to the advances recently made in harmonizing submission content. PMAC supports initiatives in this direction and, in the interim, suggests that Canada accept drug submissions in EEC, US or Canadian formats.

4. ***If Canada were to adopt a submission format similar or identical to that used elsewhere, would you prefer the format used in the EEC or in the U.S.A.?***

As stated above, PMAC recommends immediate acceptance of either EEC, U.S., or Canadian format and encourages current international initiatives toward harmonization of the three standards.

5. ***What is your opinion about computer-assisted drug submissions? Should Canada participate in moving towards an international standard in computer-assisted drug submissions?***

PMAC supports increased use of state-of-the-art information handling by the regulatory agency in its internal functions and in the interface with submission sponsors. The use of computers in submission review is integrally connected to the review system in use. The PMAC recommendations in this response could accommodate computer-assisted submissions however these would be based on facilitating data access and text processing instead of data re-analysis. This reflects a regulatory model based on a European rather than a U.S. approach to submission review. PMAC encourages Canada's participation in international efforts to harmonize this and other aspects of drug approval.

6. ***Should Canada share expertise with other countries and make better use of evaluation reports prepared by these countries? Should Canada attempt to develop expertise in certain areas and offer this expertise to other countries?***

PMAC strongly encourages the use of other countries' evaluation reports in both submission assessment and decision making. It is not reasonable to ignore the potential benefits of independent international regulatory judgements made on an identical or similar body of evidence.

Developing regulatory expertise in a given area and making it available to others will make Canada a contributor as well as a benefactor in such interchanges. This cannot, however, be achieved without a timely approval process. PMAC believes this interaction would have a salutary effect on Canadian regulators' professional development and motivation.

7. ***What weight should the Canadian drug evaluation system give to the decision of one of more countries to accept or reject a drug for marketing, if their review process and the quality of their evaluations meets our standards? Should the review process differ for drugs reviewed and marketed in such "peer" countries and drugs not yet approved elsewhere? If so, how?***

We believe that, where available, Canada should integrate foreign reviews into its assessment process while continuing to make independent recommendations. In such circumstances, assessment times should be reduced. This question assumes that the Canadian process will always lag behind that of other nations. We believe that with a renewed and improved Canadian system and progress in international harmonization of submission content and format, the opportunity to profit from foreign reviews may be limited.

8. ***Should companies applying to market a drug in Canada be required to submit evaluation reports (whether positive or negative) from other countries, if that product has been evaluated elsewhere?***

The NDS scheme proposed by PMAC features an interactive assessment period which would allow and encourage submission of foreign evaluation reports which become available during the approval process.

Evaluation reports from foreign agencies are often difficult for companies to obtain in a timely fashion, if at all. PMAC supports inter-agency cooperation in the exchange of such reports. However, a requirement for their routine inclusion in Canadian submissions is not feasible and would create a built-in delay at the very beginning of the approval process.

Third Term of Reference

Introduction of categorization for drug evaluation that is based on level of risk.

9. ***If implemented, do you think that DPL could help solve the major problems associated with our approval system? Do you think that the program has proposed a proper balance between pre-market evaluation and post-market surveillance?***

One of the major weaknesses in the current Canadian approval system is the delay and queuing at every stage of the process. Canadians are denied timely access to new drugs, new indications and new forms because of these delays.

Safety is not a weakness of the present system. Canada has always been able to claim an excellent safety record. Nevertheless, the main apparent thrust of the Drug Product Licencing (DPL) proposal is to dedicate massive resources (in an agency bereft of them) to the regular safety review of established drugs independent of identifiable need.

The DPL proposal gives the impression of balancing increased post-marketing attention against a reduced pre-market appraisal based on the apparent level of risk. The proposal, however, does not detail how the latter is to be achieved. A comparison of DPL to currently applied regulations shows no difference in the pre-marketing clinical data requirements, while post-marketing requirements are greatly increased.

Despite the urgings of stakeholders during the consultative process, no Needs Analysis or Prioritization was ever presented for the elements proposed. Resource requirements for the implementation of DPL by both government and industry were never defined.

In summary, the DPL proposal represents significant additional burden to the already strained resources of the Drugs Directorate, and threatens to increase rather than decrease the delays in drug review and approval. A copy of PMAC's detailed response to the DPL proposal is included as Appendix E to this response.

10. ***If you are not familiar with the DPL proposal, do you think that the Canadian drug approval system should employ different evaluation procedures according to the level of risk?***

The PMAC supports the idea of employing different review procedures according to apparent levels of risk. This is currently a reality in the Canadian system. The detail of the review is proportional to the amount and complexity of the science underlying a given submission. Our proposals further refine this differentiation by proposing (a) a standing Expert Advisory Committee for new chemical entities and for new indications, (b) IND reviews focused on safety, (c) time specific review of some classes of S/NDS and (d) devolution of other S/NDSs to industry responsibility controlled by government inspection audit.

11. *What are your views on prioritizing of drug reviews by therapeutic gain?*

PMAC supports the prioritization of reviews on the basis of anticipated therapeutic gain. This concept is included in the specific proposals put forward under Question #1(c) of this document. A two-tiered approach (i.e. "breakthrough" drugs and "others") is recommended since a subjective estimate of a drug's value before full review of an NDS cannot make other than broad categorizations without being unfair or unnecessarily time consuming. The FDA has recently proposed moving in this direction from a multi-tiered system. A "breakthrough" drug is defined as one which provides effective therapy or diagnosis for a disease not adequately treated or diagnosed by any marketed product or one which provides significantly greater safety, efficacy or diagnostic ability.

12. *In Canada, drugs for life-threatening diseases can be accessed before they have cleared the review system through the Emergency Drug Release Program. Because of our lengthy review process, the emergency release program is also often used for non-emergency drugs which have not yet been cleared. The program has been criticized as cumbersome and has become a burden on the review process. It has also been suggested that it is not well known in smaller centres, and is not a practical substitute for providing more rapid access to new drugs. What are your views on the emergency drug release program?*

The Emergency Drug Release (EDR) program is clearly not a practical substitute for providing more rapid access to new drugs.

The program is particularly valuable for drugs with promise in life-threatening diseases which are in stages of early development. It ensures that Canadian patients who have run out of therapeutic options have access to promising new agents. Use of the program for other drugs not yet cleared is simply a symptom of an inefficient approval process. In some cases, treatment of thousands of patients per year has been accommodated by the system for a single product. Release of products under the EDR program is very cumbersome. A vicious circle develops whereby resources are applied to a patient-by-patient authorization for drugs under EDR which limits the resources available for general approval of drugs under the NDS process. Other complications are associated with broad use of EDR program. Firstly, some drugs have a very significant distribution under the program yet this is not accompanied by fully developed and/or government approved labelling. Secondly, inconsistent reimbursement policies by third party payors for EDR drugs can create difficulties in patient access.

PMAC has no data on the extent of awareness in Canada of the EDR program. It should be noted, however, that the Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (CPS) carries full details on the program and how to use it. PMAC feels that the establishment of a timely review process will alleviate many of the current problems with the overburdened EDR program.

Fourth Term of Reference

Elements of the regulatory program that could be devolved from government to the industry or healthcare professionals without compromising safety.

13. ***Other countries have established external expert committees responsible for the ultimate recommendation for drug approval to the regulatory agency. These committees consist of highly regarded professionals in clinical pharmacology, pharmaceutical sciences, medical practice, etc. Do you think that Canada should follow this trend?***

A central element of PMAC's proposal for a renewed Canadian regulatory framework is the use of a standing advisory committee of experts for new drug approval. It is felt that this approach will bring current clinical and scientific expertise to the process. Details of this recommendation are given in Appendix A.

14. ***Should external advisory committees play any other role in the regulatory process? If so, what roles do you see for them?***

PMAC feels that any renewed approval system will need to be freed from the burden of the currently accumulated submissions in order to be able to flourish. It is recommended that special transition committees of experts be formed to address and clear these accumulated submissions. A suggested approach is described in Appendix A.

It is felt that expert advisory committees can also play a role in resolving questions regarding the continued safety of marketed drugs. These should be ad hoc expert bodies separate from the standing committee suggested elsewhere and would have composition tailored to the issues being considered.

Other committees could address the development of guidelines for the design and conduct of clinical trials or other scientific components of the approval process.

15. ***Investigational New Drug Submissions (INDs) are requests to test drugs in humans. IND review requires specialized expertise that is also found outside of the Drugs Directorate. These include review of Phase I studies (pharmacodynamics in healthy volunteers), clinical trials (first INDs), and review of subsequent trials filed with the same protocol. How do you think outside experts can be used for the various components of the review process for INDs?***

PMAC proposes elsewhere in this document (see Appendix A), a revised system for the approval of IND submissions. This recommendation draws on the Australian Clinical Trial Exemption scheme and makes safety the primary focus in the review. The proposal would not preclude the regulatory agency's use of outside experts to carry out of their mandate under the system. PMAC considers current government contracting out procedures overly bureaucratic and inefficient. We suggest that a new structure for Canada's drug approval agency may be a solution to such impediments. As long as competence, lack of conflict of interest, confidentiality of dossiers, and timeliness of review are assured, PMAC supports the use of outside experts in the review process.

16. ***New Drug Submissions (NDSs) are complete data packages submitted for approval to market a drug in Canada. Within the Drugs Directorate, these currently undergo a "first" review, which involves reading, analysing, and summarizing all the data provided in the NDS; followed by a "second" review by a more senior reviewer, which involves reading the primary report, questioning the conclusions drawn by the first reviewer, and assessing the safety and efficacy of the product.***

What use could be made of outside experts in this process? Should outside experts be involved in the first, or second review?

Given the caveats cited in response 15 above, PMAC has no objection to the use of outside experts in the review process. The proposals put forward in Appendix A could accomodate the regulatory agency's use of external assistance in the assessment of all types of submissions.

17. ***Canadian regulations for Supplementary New Drug Submissions (SNDSs) filed for changes to drugs approved previously, such as new dosages or new indications are seen by many stakeholders as too rigorous. Do you consider that some elements of these submissions could be devolved to industry?***

Supplementary New Drug Submissions for new indications can vary greatly in the amount of scientific data needed to support them. Some new indications can be corollaries to existing ones whereas others represent completely new and unrelated uses. The latter can require the same extent of clinical data as that submitted in a new chemical entity NDS. Similarly, support for a new dosage can require extensive clinical support. We do not feel there is any opportunity for devolution to industry of elements of S/NDS for new dosages or new indications. However suggestions regarding S/NDS for other types of changes which should be devolved to industry are described in Appendix A.

18. ***Canada depends in part on institutional (university-hospital) ethical review committees to ensure safety in any clinical trial. Does this system work well? Do you see ways in which an expanded role of such committees could replace some of the current responsibilities of the Drugs Directorate?***

While no formal studies exist, given that Canadian Ethics Review Committees differ in terms of constitution, composition and procedures both across and within Provinces, their performance may indeed vary. PMAC supports efforts by both Federal and Provincial levels of government to achieve a common standard for such bodies in Canada. This is a necessary first step in expanding their role.

Fifth Term of Reference

Human and physical resource requirements and availability.

19. ***Unlike Canada, other countries have acted to place their medicines evaluations departments at "arms length" from government in order to provide greater operating flexibility. Thus, the Swedish Department of Drugs has recently become the Medical Products Agency, which is relatively independent and intended to be self-financing. In the United Kingdom, the Medicines Control Agency in 1989 took over the responsibilities of its predecessor, the Medicines Division of the Department of Health, for the control of human medicines. Do you think that the existing structure in Canada allows sufficient operating flexibility for the Drugs Directorate? Would an "arms length" organizational structure benefit the Canadian system? If so, what form should it take?***

PMAC strongly supports the establishment of an "arms length" regulatory agency that can operate with freedom and flexibility to hire, motivate and retain high quality personnel and, when necessary, to adopt and implement new and innovative methods.

The current structure and operating restrictions at HPB do not afford these possibilities. We feel a structure similar to that of the Medicines Control Agency in the UK would enormously benefit the Canadian system while maintaining our excellent safety record.

20. ***Should Canada adopt a rigorous "screening for acceptance" procedure; e.g. a 30 day response time to accept for review, or reject inadequate or incomplete submissions? Should there be sanctions for rejecting an application, such as an application fee forfeit?***

In principle, we agree that a rigorous "screening for acceptance" procedure is necessary. However, the criteria for acceptance and rejection should be transparent and discussed and agreed upon by all parties involved. The goal of a screening process should be the receipt of complete, well formatted submissions that allow and facilitate assessment. These submissions should be reviewed as a whole. The screening process should not react to minor differences. A manufacturer may intentionally modify the presentation of a submission to tailor it to the data being submitted. Certain sections of submission guidelines may not be applicable. HPB must avoid a system which is too dogmatic and introduces unnecessary delays in the review process. Submissions that do not meet minimum requirements, for example those that are poorly formatted and cross referenced and/or those deficient in major areas of content, should be returned to the manufacturer.

A definitive time frame for submission screening should be implemented. Similarly, manufacturers should be given specified time limits to address deficiencies. Recommendations are included in Appendix A. Return of a submission to the manufacturer is a sufficient sanction under the current system.

21. ***Canada and United States are the only developed countries to structure review divisions by expertise according to organ system. What are your views on this? Would an alternate structure be more efficient?***

Canada and the U.S. structure review divisions by organ systems only in the new human prescription drugs area. Such a structure is not applied to "generic" drugs, human non-prescription drugs or veterinary drugs. PMAC supports a structure where review teams for innovative new drugs are organized by function rather than organ system. Review teams so formed would be dedicated to the assessment of types of submissions (e.g. INDs, NDSs or S/NDSs). We recommend that the current separate division to process "second entry" or "generic" drug submissions be retained as well as those for veterinary and human non-prescription drugs. It is believed that this would be more efficient.

22. ***What are your ideas for improving the productivity of staff? For enhancing the professional status of reviewers?***

PMAC feels that the establishment of an efficient, well managed approval system will, in itself, improve productivity by enhancing reviewer pride. The recommendations we propose will promote the diffusion of good methods and practices; assure more consistent interpretation and application of guidelines; enhance professional development by exposure of reviewers to outside expert opinion via the standing expert advisory committee and develop broader reviewer knowledge and experience by allowing rotation through different review teams. The flexibility afforded by a new agency structure would allow the use of other management tools to improve productivity (e.g. salary and other incentives) which are not currently possible.

23. ***In addition to computerized drug submissions (question 5), computerized systems for tracking drug submissions once they have entered the process at the Drugs Directorate are being explored by HPB. What form should these take? Should they take into account systems used in other countries? Please provide your views on computerized tracking systems.***

The large number of projects and the associated large amounts of information handled by disparate, interacting regulatory agency units mandate an efficient work management system. Computerized systems used by other countries or in industry (commercial LIMS - Laboratory Information Management Systems) should be investigated for design features that could be applied to the agency's needs. PMAC feels that the dedicated review teams and regulated time frames it proposes will facilitate project tracking. Direct, secure access to the system by manufacturers would be desirable as it would reduce time lost by agency personnel in responding to queries for information.

- 24.** *In other countries, performance of the review process is linked to targets and sanctions. What are your views on reasonable targets for the various types of drug submissions? What sanctions would be appropriate, if targets are not met?*

The PMAC proposals outlined in Appendix A feature regulated time frames for all steps in the approval process. The operating freedom of an "arms length" agency structure would allow the use of various management methods to promote efficiency by both positive and negative reinforcement.

APPENDIX A

PMAC Recommendations for an Improved Drug Approval Process

The following are PMAC suggested approaches to elements of a revised approval process for Canada. These address transition to a new system, the approval process for each type of submission under a new system and general structural and operational recommendations for a restructured regulatory agency.

Transition

The HPB currently faces a large number of accumulated submissions in the Bureau of Human Prescription Drugs which cannot be reviewed within their 180 day administrative target. It is felt that this workload would seriously hamper the implementation and potential success of any new approval process. Accordingly, it is proposed that a one-time, special process be carried out to resolve this situation and help bridge the changeover to a new system.

It is proposed that a series of expert advisory committees (not more than 5 members each) be established for this task. These members are to be drawn from other than industry or the government and will be recognized medical and scientific experts. Each committee should have a resource person from the appropriate Pharmaceutical Evaluation Division of HPB. One committee would be formed for each of the six clinical divisions of the Bureau of Human Prescription Drugs, and one each for the other Bureaux which have accumulated submissions. These committees would make recommendations to the Minister within 90 calendar days regarding all the submissions in the Division/Bureau assigned to them. The final decisions regarding the disposition of those submissions would rest with the Minister.

Specifically, the proposal would function as follows:

- Manufacturers whose submissions are waiting in the queue for more than 180 calendar days and whose review has not yet started would be asked to provide, within 10 calendar days, a statement not exceeding 25 pages indicating why those respective submissions should be approved. This statement could be supplemented with information such as foreign marketing status, foreign regulatory agency reviews, foreign labelling, pharmacovigilance reports and/or independent expert opinion. Failure to comply with these procedures would result in return of the submission to the manufacturer.
- Each expert advisory committee would review the information provided and make recommendations to either approve or disapprove the submission or (rarely) request additional information or clarification. The latter option is limited to a single instance and manufacturers would be required to respond within 30 days of the request. Failure to do so would result in return of the submission to the manufacturer. The committee would render its recommendation within 60 days of receipt of the additional information.

- The Minister would approve or reject these submissions on the basis of the committee recommendations.

Given the current estimates of the number of accumulated submissions at HPB, it is felt that this entire process could be completed within 160 to 250 days. The Bureau of Human Prescription Drugs (BHPD), as of 28 February 1992, had an accumulation of 129 NDSs and 59 S/NDSs. These 188 submissions, divided among six committees is an average of 31 submissions per committee. Each of 5 committee members could be assigned 6 submissions. The other Bureaux of the Health Protection Branch are known to have fewer accumulated submissions than BHPD.

Manufacturers would be asked to withdraw, without prejudice, any S/NDS changes other than new indications, new routes of administration, new dosage regimens, new dosage forms or new routes of synthesis.

Responsibility for the implementation and monitoring of these changes should be devolved to manufacturers and regulatory agency field inspectors.

Preclinical New Drug Submissions (INDs)

It is proposed that these submissions be reviewed by agency personnel dedicated to this function alone.

Current submission content and format would be retained with one exception. Instead of presenting a detailed protocol, a broad study plan would be submitted. This would define the limits for patient population to be studied, the maximum doses to be used, dosage form, the route of administration, the duration of treatment, and special safety parameters to be monitored.

The regulatory agency would focus its review on safety considerations and process submissions under a 30 day default system.

Specific study protocols which conform to the limits defined and accepted in the IND would no longer be submitted to the regulatory agency.

The scientific aspects of study design would be developed by Canadian clinical investigators, researchers and industry scientists. These individual study protocols and associated patient consent documents would continue to be reviewed by Ethics Review Boards.

Manufacturers would be required to submit to the regulatory agency and the Ethics Review Boards, on an expedited basis, reports of all serious and unexpected adverse reactions. These reports would include an estimate of Canadians exposed to the drug.

Changes in the limits of the original submission would require a new, updated IND.

The proposal retains all of the current provisions in the regulations for accountability of manufacturers. Its implementation would only require a change to the guidelines for INDs.

New Drug Submissions (NDSs)

PMAC proposes an approval process based on the following elements¹.

1. Revised Submissions Requirements.

It is recommended that the Canadian regulatory agency accept new drug submission summaries in European Economic Community, United States, or Canadian formats. All formats lend themselves to review. With minimal training and effort one can efficiently assess any of these documents.

A complete new drug submission would consist of the following elements:

- a) Labelling/Product Monograph. (Part I)
- b) Chemistry and Manufacturing Data. (Part II)
- c) A submission Summary (Part III)

Currently required individual research reports (Part IV) and raw data (Part V) would no longer be submitted. These would be retained by the manufacturer and made available to provide clarification or additional detail to the regulatory agency when required.

The sponsor would continue to certify that the submission Summary provided is complete and fairly and adequately represents the data that were collected in support of the new drug.

The requirement for Pharmacology and Toxicology Sections in product monographs would be removed. (See question 1(e) in the body of this response).

NDSs would be classified as either "breakthrough" or "other" on the basis of anticipated therapeutic gain. (See question 11 in the body of this response).

2. Specific Approval Process Time Frames

PMAC's proposal features specific time frames for each step of the approval sequence. The entire process would be paced by monthly meetings of a Standing Expert Advisory Committee which would make recommendations to the Minister on all new drug submissions (NDS), and supplements (S/NDS) for new indications of marketed drugs.

These time frames are described in the following text and a summary table of the whole process is presented on page 8 of this appendix.

¹ A flow chart of the procedure is presented page 7 of this appendix.

3. Submission Screening

A decision on the acceptance or return of an NDS would be made within 10 calendar days for "breakthrough" drugs and within 30 calendar days for "other" drugs. Within this period, the manufacturer would be given the opportunity to correct any minor deficiencies. It is proposed that for "breakthrough" drugs minor deficiencies be corrected within 3 calendar days and within 7 calendar days for "other" drugs. NDSs with significant deficiencies should not be accepted and promptly returned to the sponsor. (See also Question 20 in the body of this response).

4. Submission Assessment by the Regulatory Agency

PMAC proposes that NDSs be assessed by agency personnel dedicated solely to this function. The process should be interactive with industry scientists. This could include a submission overview presentation by the sponsor at the start of the assessment. Subsequent clarification or additional detail would be requested as the review proceeded.

Interaction with other regulatory agencies or the use of external resources could be a part of the process.

Submissions for "breakthrough" drugs would be assessed in 70 calendar days and in 120 calendar days for "others".

Upon completion of their review, the regulatory agency would forward their recommendations, questions, and/or comments and a proposed product monograph and labels to the Standing Expert Advisory Committee and to the sponsor. Manufacturing and quality control aspects would be handled by the regulatory agency. Recommendations from this assessment would be included in the report of the Committee. The sponsor would have an opportunity to provide comments on the regulatory agency report to the Standing Expert Advisory Committee before it meets to review their submission.

5. The Standing Expert Advisory Committee Review

We recommend that the Standing Expert Advisory Committee be responsible for making recommendations regarding submission approval to the Minister. Members would be appointed by the Minister from Canada's community of recognized medical and scientific experts. Appointments would be rotational. The Committee would have its own secretariate.

The committee would be responsible for reviewing the assessment report prepared by the regulatory agency and any comments forwarded to them by the sponsor. It would consult, as necessary, prior to or during deliberations. The committee may decide to invite agency reviewers and sponsor researchers to present views on particular matters to facilitate the process. The Expert Advisory Committee should meet monthly. Reports for "breakthrough" drugs should be processed within 45 calendar days and those for "other" drugs within 90 calendar days. The review would normally encompass all aspects

of the submission including the product monograph and labels. Subsequent to deliberations, the committee may decide to recommend to the Minister that the NDS be cleared or rejected or to ask the sponsor, in writing, to address certain comments and/or questions. The sponsor would be required to respond to such comments and/or questions within 30 calendar days for "breakthrough" drugs and within 60 calendar days for "other" drugs. The Committee would have an additional 45 or 90 calendar days, respectively, to review these responses and make a final recommendation regarding the approvability of the submission.

Manufacturers failing to meet these time frames or to successfully respond to the comments and questions posed by the Committee would be required to start the process again.

"Approval" documents should be issued by the Minister's office within 7 calendar days of an affirmative recommendation from the Committee.

Supplementary New Drug Submissions (S/NDSs)

Supplemental submissions cover a broad range of situations. PMAC recommends that S/NDS for new indications be handled in the same manner as is proposed for New Drug Submissions.

For S/NDS submissions involving new routes of administration, new dosages or new dosage forms, it is proposed that assessment and approval be handled only within the regulatory agency by personnel dedicated to this function. Current Canadian submission format and content would be retained with the exception of routine inclusion of sectional reports and raw data. As elsewhere, U.S. or EEC formats would also be accepted. Submissions regarding significant changes to the synthesis of the drug substance would be handled by the pharmaceutical sciences evaluation group. A regulated 150 calendar day time frame should be put in place. This is considered reasonable since in all of these cases, the change can be compared to an established bench mark, e.g. the originally approved dosage, route, etc.

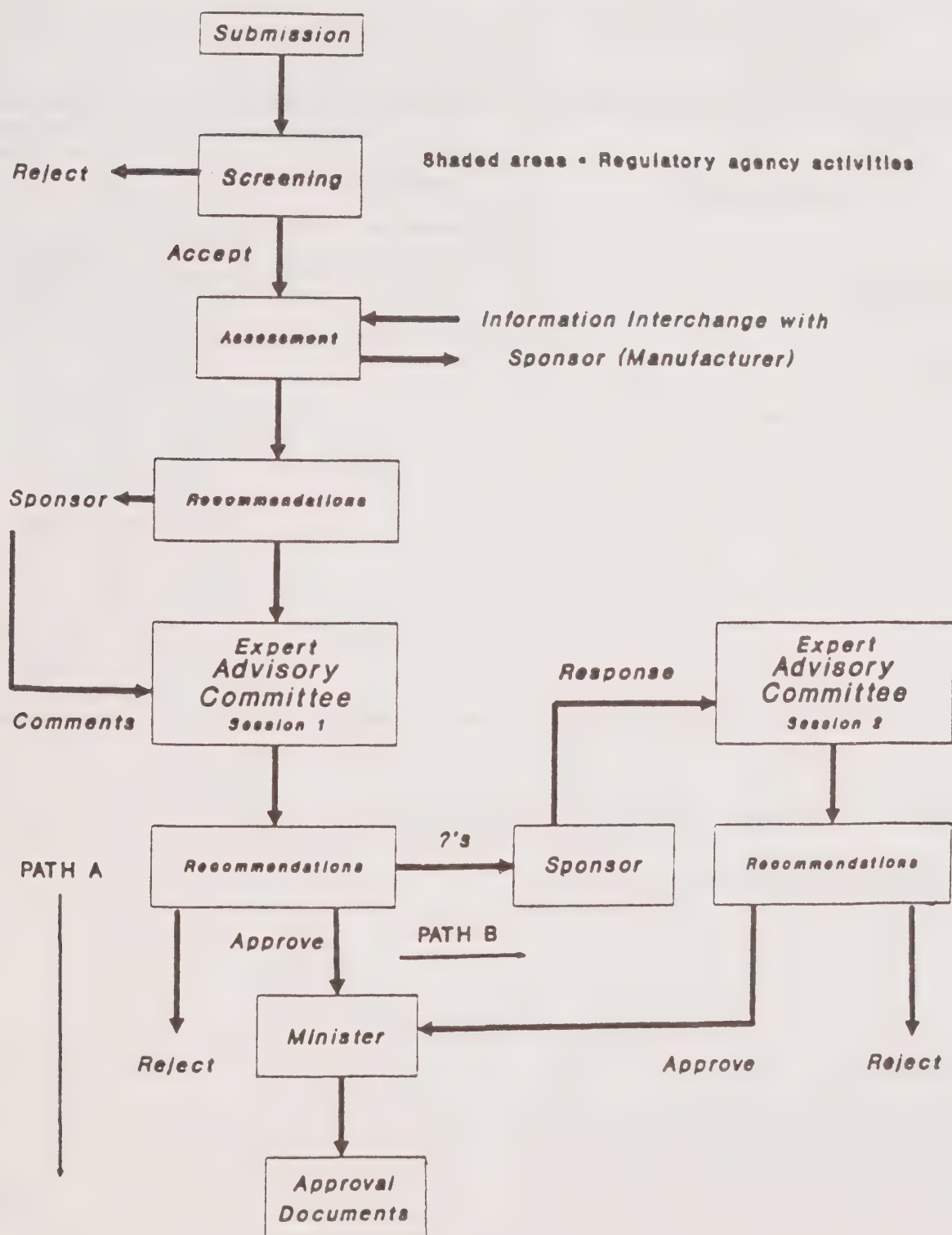
For changes involving manufacturing and quality control or the addition of restrictive or cautionary labelling, the responsibility would be transferred to industry and controlled by audit by field inspectors of the regulatory agency. Advisal of implementation of labelling changes would be made as they occur. Other changes would be included in an annual report to the regulatory agency.

Operational/Administrative Issues

The following recommendations are independent of the methods used to approve submissions. They can, however, have a positive effect on agency performance.

- a) PMAC recommends the establishment of an "arms length" Canadian regulatory agency modelled on the United Kingdom's Medicines Control Agency. This would allow the current organizational structure of HPB to be streamlined and consolidated. Operational units should control all personnel, procedures and policies involved in carrying out their work. It would also allow greater operating flexibility.
- b) Efforts should be made to physically centralize all operational units in one location.
- c) HPB reviewers are currently involved in many activities peripheral to submission review. PMAC recommends a regulatory agency structure which restricts reviewers' functions to those which are central to the agency's mission. Other activities should be transferred to another department within Health and Welfare Canada or to an administrative unit within the agency.
- d) Consistency in requirements, interpretations, and procedures within given units and across the agency is needed. The replacement of therapeutic divisions in the Bureau of Human Prescription Drugs by review teams assigned by submission types (INDs, NDSs, S/NDS) would help achieve this. A consolidated agency structure could eliminate inter-bureau inconsistencies. For example, foreign manufacturing site inspections are still carried out by Canadian regulators for products governed by the Bureau of Biologics while the Bureau of Human Prescription Drugs has replaced these by other mechanisms. The Bureau of Biologics also still requires government testing and lot-by-lot release of products. The historical record of this procedure does not uphold its continuance.
- e) PMAC recommends that the new regulatory agency adopt improved methods of communication with manufacturers. While HPB currently consults with stakeholders, the rationale behind eventual decisions in guideline or policy development are not always made known. An appreciation of agency thinking is vital to an efficient industry/government working relationship. The U.S. publishes industry comments and agency responses associated with guideline or regulation revisions. Use of HPB's recently established electronic bulletin board could represent a cost effective approach to achieving the same end in Canada.
- f) Initiatives should be put in place to foster the professional development of scientists in the regulatory agency.
- g) PMAC strongly supports Canada's continued efforts in the international harmonization of regulatory procedures and in increased cooperation with other major national regulatory agencies.

Proposed NDS & S/NDS (Indications) Flowchart



TIME FRAMES FOR NDS APPROVAL

<u>Approval Steps</u>	TIME (Calendar Days)			
	"Breakthrough"		"Other"	
	Path A	Path B	Path A	Path B
Screening	10	10	30	30
Agency Assessment	70	70	120	120
Advisory Committee Review	45	45	90	90
Sponsor Response to Committee	n/a	30	n/a	60
Advisory Committee Second Review	n/a	45	n/a	90
Approval Documents	7	7	7	7
Total	132	207	247	397

Path A = No questions from Expert Advisory Committee

Path B = With questions from Expert Advisory Committee

APPENDIX “FEMM-15”

Additional Information provided

by

Dr. David Beatty

National Cancer Institute

NATIONAL
CANCER INSTITUTE
OF CANADA



INSTITUT NATIONAL
DU CANCER
DU CANADA



AFFILIATED WITH
THE CANADIAN CANCER
SOCIETY

Suite 200
10 Alcorn Avenue,
Toronto, Ontario M4V 3B1
Telephone (416) 961-7223
Fax (416) 961-4189

PRESIDENT
H.G. Friesen, M.D.
F.R.C.P.(C), F.R.S.C.

CHIEF EXECUTIVE OFFICER
Douglas H. Barr, M.S.W.

EXECUTIVE DIRECTOR
J. David Beatty, M.D.
F.R.C.S.(C), F.A.C.S., F.S.S.O.

April 6, 1992

Ms. Barbara Greene

Chair

The Status of Women of the
Standing Committee on Health and
Welfare, Social Affairs, Seniors
and the Status of Women

HOUSE OF COMMONS

OTTAWA, Ontario

K1A 0A6

AFFILIE
A LA SOCIÉTÉ CANADIENNE
DU CANCER

bureau 200
10 Alcorn Avenue,
Toronto, Ontario M4V 3B1
Téléphone (416) 961-7223
Télécopieur (416) 961-4189

PRESIDENT
H.G. Friesen, M.D.
F.R.C.P.(C), F.R.S.C.

DIRECTEUR GENERAL
M. Douglas H. Barr, M. Serv. Soc.

DIRECTEUR EXÉCUTIF
J. David Beatty, M.D.
F.R.C.S.(C), F.A.C.S., F.S.S.O.

Dear Ms. Greene:

I would like to thank you, the members of the Sub-Committee, and the Clerk of the Sub-Committee for inviting me to participate in the deliberations of the Sub-Committee on February 25, 1992. In accordance with the directions of your staff, my comments were focused on outlining the activities of the Institute, the nature of the Peer Review Process, and the funding commitments of the National Cancer Institute of Canada. I trust that the information provided was of value to the Committee in its deliberations.

As you will recall, the Institute's resources are derived almost exclusively from contributions to the Canadian Cancer Society and the Terry Fox Run by Canadians from all walks of life. The Institute funds more than fifty percent (50%) of the cancer research undertaken in Canada. The Institute focuses seventy percent (70%) of its research resources on the cellular and molecular nature of the family of diseases called cancer. By understanding the cellular and molecular biology of cancer, the Institute is making major contributions to uncovering the causes of cancer. By unravelling the causes of cancer the Institute is ultimately supporting research in cancer prevention.

Thirty percent (30%) of the Institute's research support is directed to specific individual cancer sites. Studies involving breast cancer and patients with breast cancer are the most common (over 20%). This research tends to be focused on the behaviour of the disease in the person and the behaviour of the person to the disease.

Thus, it is essential that members and staff of the Sub-Committee on the Status of Women involved in the study of breast cancer understand that, ultimately, both kinds of research, cellular and molecular and specific research of cancer sites, contribute and are relevant to research on breast cancer. This is why the National Cancer Institute considers that the \$1,000,000 - 2,000,000 estimate that is currently being encouraged by the media is utterly misleading and not a faithful reflection of the financial resources at play or of the nature of this kind of research. In fact it can be argued that more than \$30,000,000 of a total budget of \$43,000,000 in 1991-1992 was spent directly or indirectly on breast cancer research. When cellular and molecular research are combined with studies focused upon improved prevention, earlier diagnosis and enhanced management of breast cancer it is realized that the contribution of the Institute to breast cancer research is outstanding and second to none.

It was most interesting to review the transcript from the remainder of the testimony provided on February 25, 1992. Several items should be highlighted for your attention. One of the witnesses (Paula McPherson) stated: "When the Executive Director of Canada's National Cancer Institute goes on national radio, as he did on February 2, 1992 and again here today, by implication, and says that breast cancer does not deserve more attention, the myth is perpetuated that everything is under control."

I would point out to the Sub-Committee that I was not asked that question by CBC Radio, nor by the Sub-Committee. Had I been asked that question, I would have stated two things:

1. Cancer research and cancer control are dramatically underfunded in Canada.

2. The National Cancer Institute of Canada gives more attention to breast cancer, by far, than to any other cancer site, male or female. If we had more resources at our disposal we would do more breast cancer research and more research directed at all aspects of the causes, prevention, and management of cancer.

During the questioning of Ms. McPherson and Ms. Rigby, the Sub-Committee members expressed enthusiasm for recommendations, enquired about a role for advocacy for breast cancer research (especially research into causes), and inquired about sexual bias in the treatment of patients with breast cancer. I would have been pleased to have addressed these items had the Sub-Committee indicated an interest in this area prior to the preparation of my testimony or during the question time. As I am certain the Sub-Committee would be interested in data relevant to these matters as they prepare their final report, I thought I should address them for you and for the other Sub-Committee members.

1. Sexual Bias: The Institute has recently evaluated its support for cancer research personnel. Over the past three (3) years (1988-1991) 40% of the applications for support of graduate trainees, 37% of the applications for support of post-graduate fellows and 28% of the applications for support of career scientists have come from females. The higher numbers at more junior levels suggest that more women are embarking upon careers as cancer research scientists. However, the success rate of the female applicants is 7-15% lower than male applicants over the same time period. While no evidence of gender discrimination was found, the Institute is now examining alternative procedures for increasing the numbers and the success of women in cancer research. At the present time, the Institute is developing a programme to help female scientists re-enter the research community following extended breaks for attention to family responsibilities.

The Sub-Committee's attention is also directed to the report of the Committee on the Participation of Women in Science and Technology of the National Advisory Board on Science and Technology. The Report documents the state of women in science in Canada and makes useful recommendations to increase the number of women in research. The Sub-Committee might wish to consider these recommendations in light of their deliberations.

2. **Advocacy:** There is definitely a role for advocacy in the area of cancer research and breast cancer research. The Institute is delighted with the increasing involvement of individuals in raising the public's awareness of the importance of research into the causes of cancer and into the causes of breast cancer.

Identifying the cause of cancer is the highest priority of the research endeavour of the National Cancer Institute of Canada as pointed out earlier in this letter and in my testimony provided to the Sub-Committee on February 25, 1992. There is a tremendous need in Canada for support at all levels for breast cancer control and breast cancer research.

3. **Recommendations:** The Institute is very pleased that the Sub-Committee on the Status of Women has decided to examine the issue of breast cancer and breast cancer research. We believe that there is a great deal that can be done in this area that will benefit patients with breast cancer now and in the future. The Institute also recognizes that the problems of breast cancer control and breast cancer research are not unique to this cancer site but are representative of problems for most cancers in most sites. The Institute encourages the Sub-Committee not to limit its recommendations to breast cancer but instead to recognize that the real problem is the emphasis upon cancer control and cancer research in Canada. The fundamental problem is that Canada lags far behind other industrialized countries in its commitment and in the proportion of money spent in research. This

affects all research in all domains. Cancer research in Canada is affected by the poor research environment caused by general lack of funds, shrinking government budgets, the inadequate direct government support for research and the dismal research funding generally from Canadian industry.

The National Cancer Institute of Canada and the Canadian Cancer Society would like to increase the resources committed to many areas of need including public education, patient services, advocacy, cancer research and cancer control. If you look at the situation in the U.S.A. it's evident that the Canadian Cancer Society and the National Cancer Institute of Canada are doing an outstanding job with the resources available. However, we need your help. To simplify the comparison between Canada and the United States, we could look at the figures on a per capita basis. The Canadian Cancer Society raises nearly \$3.00 Cdn. per person (resident of Canada). The National Cancer Institute of Canada, using funds contributed by the Canadian Cancer Society and the Terry Fox Run, distributes approximately \$1.60 Cdn. per person for the support of cancer research and cancer control in Canada (see Table). The Federal Government of Canada through the Medical Research Council and the Department of health and Welfare distributes \$10.00 Cdn. per person for the support of biomedical research in Canada. At most, \$1.00 Cdn. per person is distributed by the Federal Government for support of cancer research and cancer control. Thus, in Canada a total of \$2.60 Cdn. is spent per Canadian on cancer research by the Federal Government and by the largest non-government cancer agency. Over 60% is from the non-government agency (National Cancer Institute of Canada) and is derived from the personal donations of Canadians.

In the United States the situation is reversed. The American Cancer Society raises approximately \$1.50 US per person (United States resident) and directs approximately 50 cents US per person for the support of cancer research. The Federal

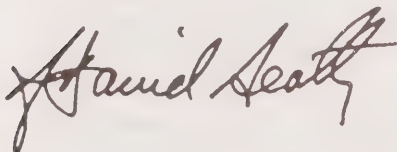
Government in the United States funds the National Institutes of Health (NIH) for biomedical research in the amount of \$75.00 US per person. One of the Institutes of the NIH, the National Cancer Institute, distributes \$8.00 US per person to support cancer research and cancer control activities. Thus in the United States a total of \$8.50 US is spent per resident on cancer research by the Federal Government and by the largest non-government cancer agency (American Cancer Society). In the United States, in contrast to Canada, over 90% of the cancer research dollars are derived from the government agency (NCI). Furthermore, in both countries, the industry contribution to biomedical research is estimated to be approximately equivalent to the Federal Government commitment of biomedical research.

Clearly, the problem is more than the underfunding of breast cancer control and breast cancer research. The real problem is that cancer control and cancer research is dramatically underfunded in Canada. The Canadian people through their private donations to agencies such as the Canadian Cancer Society and the Terry Fox Run are carrying the load in the area of cancer control and cancer research and are outstripping the American people 3 to 1 on a per capita basis. On the other hand, the Americans heavily support cancer research and cancer control with direct government dollars and outstrip the Canadian government over 8 to 1 on a per capita basis.

In conclusion, we recommend strongly that the Federal Government allocate more resources directly for cancer research and for biomedical research in general. In addition, we recommend that the Government consider legislation that will encourage and provide incentives such as specific performance expectations tied to tax benefits that lead to more industry support for cancer research in Canada. In the long run this will build a strong cooperative biomedical industry in Canada.

Once again, I would like to thank the Sub-Committee for the opportunity of bringing the activities, procedures, and priorities of the Institute to the attention of the Sub-Committee members as they examine the issue of breast cancer. The Sub-Committee has the opportunity to bring issues related to breast cancer and the status of women to the attention of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, as well as, to the House of Commons. The Institute encourages you to look at the full issue at stake. The Federal Government of Canada needs to increase dramatically its support for biomedical research, cancer research and cancer control in Canada both by direct application of Federal funds and by increasing incentives for industry financial commitment to these areas. The National Institute of Canada stands ready to help distribute these resources so that they have the greatest impact upon cancer research and cancer control. The Institute appreciates the support of the entire Sub-Committee in arguing for increased resources for high quality cancer control and cancer research in Canada.

Yours sincerely,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "J. David Beatty". The signature is fluid and cursive, with a large initial "J" and a stylized "B".

J. David Beatty, M.D.
Executive Director

Comparison of Expenditures in Canada and the United States for Cancer Research (per capita)		
	Canada	United States
Private Non-Government Agencies	\$ 1.60 (NCIC)	\$ 0.50 (ACS)
Federal Government Agencies		
Biomedical Research	\$10.00 (MRC, H&W)	\$75.00 (NIH)
Cancer Research	\$ 1.00 (MRC, H&W)	\$ 8.00 (NCI-US)
TOTAL (Cancer Research)	\$ 2.60 CDN	\$ 8.50 US
<p>NCIC National Cancer Institute of Canada</p> <p>ACS American Cancer Society</p> <p>MRC Medical Research Council of Canada</p> <p>H&W Department of Health & Welfare</p> <p>NIH National Institute of Health</p> <p>NCI-US National Cancer Institute - United States</p>		

APPENDICE «FEMM-14»

(TRADUCTION)

EXAMEN DU SYSTÈME CANADIEN D'HOMOLOGATION DES MÉDICAMENTS

RÉACTION

DE

**L'ASSOCIATION CANADIENNE DE L'INDUSTRIE
DU MÉDICAMENT**

MARS 1992

Premier élément du mandat

Les politiques, pratiques, structures organisationnelles et mécanismes mis en place par d'autres organismes nationaux de réglementation en vue d'une plus grande efficacité.

1. *En partant du principe qu'une procédure d'évaluation ne doit aucunement compromettre la sécurité, et étant donné vos connaissances et votre expérience du fonctionnement d'autres organismes nationaux de réglementation, nous cherchons à connaître votre position sur les questions qui suivent. Vous pouvez évidemment vous limiter au contexte canadien si les pratiques d'autres organismes vous sont inconnues. Vous êtes donc invité à répondre aux questions qui suivent :*

- (a) *Pensez-vous que la Direction des médicaments ait besoin d'un énoncé de mission? Aux termes de la Loi sur la santé nationale et le bien-être social, les pouvoirs et fonctions du ministre s'étendent à tous les domaines de compétence du Parlement liés à la «promotion ou au maintien de la santé des Canadiens». Au fil des ans, le mandat de la Direction des médicaments, tel qu'il est précisé dans la Loi sur les aliments et drogues et les règlements d'application, a connu une certaine évolution, car cette Direction est maintenant responsable de «l'homologation des nouveaux médicaments pour humains et animaux d'usage commercial, du contrôle permanent des médicaments commercialisés pour en assurer l'innocuité et l'efficacité, et le suivi des activités promotionnelles des compagnies pharmaceutiques... De plus, la Direction des médicaments est chargée de contrôler l'innocuité des*

produits biologiques et des produits de beauté.» Aucune mission ne semble être explicitée dans la législation actuelle; de plus, même s'il a évolué, ce mandat, tel qu'il est actuellement formulé, n'aborde nullement la question d'assurer au public canadien l'accès aux nouveaux médicaments dans les meilleurs délais. Pensez-vous qu'un énoncé de mission officiel et clairement formulé pour la Direction serait bénéfique du point de vue de l'efficacité de la procédure d'examen? Dans l'affirmative, doit-il préciser que l'une des responsabilités de cette dernière consistera à «assurer l'accès, dans un délai raisonnable, aux moyens thérapeutiques les plus avancés»?

L'ACIM appuie l'idée d'un énoncé de mission renouvelé englobant, entre autres objectifs,, l'accès, dans les meilleurs délais, aux moyens thérapeutiques les plus avancés dont l'innocuité est établie. Le mandat actuel, tel que le suggère l'appellation officielle, Direction générale de la protection de la santé, ne tient aucun compte des avantages que présente pour les malades canadiens l'accès rapide aux nouveaux médicaments. Nous estimons par conséquent que l'adoption d'un énoncé de mission officiel et clairement formulé englobant la question de la rapidité optimale de l'accès aux moyens thérapeutiques aiderait à promouvoir et à mieux définir les activités de l'organisme de réglementation.

(b) *Que pensez-vous des exigences actuelles des lois, règlements et lignes directrices concernant le système canadien d'homologation des médicaments?*

Les exigences actuelles des lois et des règlements sont adéquates, tout en étant suffisamment générales pour permettre l'adoption de différentes approches en matière de réglementation. Quant au cadre réglementaire actuel, cependant,

L'Association estime qu'il serait possible de trouver une meilleure méthode de traitement des dossiers documentaires de tout type tout en conservant nos normes élevées en matière de sécurité, qui font d'ailleurs l'envie de nombreux pays. L'annexe A du présent document suggère différentes possibilités pour le traitement des divers types de dossiers documentaires : DD-NMR, DD-NM et DDS-NM.

Les lignes directrices visant la plupart des aspects de la réglementation semblent suffisantes. Les membres de l'ACIM constatent cependant de fréquents écarts d'interprétation et d'application des lignes directrices entre, et à l'intérieur même, des diverses divisions de la DGPS responsables de l'examen des dossiers. L'Association a également remarqué que lors de consultations auprès de l'industrie, les raisons pour lesquelles certaines normes ou procédures ont été adoptées, et d'autres rejetées, ne sont pas toujours bien expliquées par la DGPS. Un certain nombre de recommandations visant à éliminer ces défauts figurent à l'annexe A du présent document.

(c) *Que pensez-vous de l'équilibre qui existe actuellement au Canada entre l'innocuité des médicaments et la rapidité du processus d'homologation?*

Tout en étant convaincue que l'innocuité des produits doit être notre premier objectif, l'ACIM estime qu'il est tout à fait possible d'accélérer le processus d'homologation des médicaments sans compromettre l'aspect innocuité. Cette question laisse supposer que l'un exclut forcément l'autre. Nous suggérons par conséquent que le Canada s'inspire des régimes étrangers ayant fait des progrès substantiels en ce qui concerne non seulement l'innocuité d'importants nouveaux médicaments mais aussi leur disponibilité dans les meilleurs délais. (Voir l'annexe A)

- (d) *Que pensez-vous des procédures actuelles de suivi des produits commercialisés? Vous semblent-elles suffisantes? Dans la négative, comment pourrait-on les améliorer?***

Les procédures actuelles relatives à la surveillance des effets indésirables des produits commercialisés devraient être non seulement améliorées mais normalisées. Bien que les entreprises membres de l'ACIM s'efforcent d'entretenir des rapports suivis avec la DGPS et de s'assurer que l'information scientifique donnée sur les étiquettes à des fins de sécurité est actualisée régulièrement, il est nécessaire d'établir une procédure officielle qui touche l'ensemble de l'industrie. Cette dernière ainsi que d'autres gouvernements travaillent actuellement à la mise au point de systèmes et de méthodes permettant d'évaluer et de réagir à l'information concernant l'innocuité de certains documents contenue dans des bases de données à la fois locales et internationales. La DGPS a d'ailleurs pris des mesures pour mettre en place de nouveaux mécanismes de traitement des déclarations d'effets nocifs. L'ACIM appuie en principe cette initiative, d'autant plus que la plupart de ses recommandations sur le système d'homologation des médicaments supposent la mise en place, au Canada, d'un système efficace d'analyse des rapports visant les médicaments commercialisés et de recherche.

En ce qui concerne la collecte de tels rapports, l'organisme de réglementation ne devrait pas, selon nous, chercher à se substituer aux fabricants, dont c'est la principale responsabilité, mais plutôt mettre l'accent sur l'analyse et les échanges avec les professionnels de la santé par le biais de l'étiquetage, si c'est nécessaire, et à l'aide d'autres moyens de communication. Il conviendrait d'avoir des normes

uniformisées pour ce qui est de la présentation et de la fréquence des rapports d'information provenant des fabricants. Le Canada devrait d'ailleurs continuer de déployer des efforts en vue d'établir des liens avec d'autres organismes semblables et d'assurer l'harmonisation des exigences en ce qui concerne le contenu et la présentation des rapports.

(e) *Que pensez-vous que l'actuelle monographie de produits du point de vue du contenu et de la présentation et des procédures qui s'y rattachent? Quels changements vous semblent indiqués?*

Le principal objectif de la monographie de produits consiste à offrir aux professionnels de la santé des instructions relatives au mode d'emploi qui découlent du processus d'homologation et de contrôle des médicaments. Par conséquent, la présentation et le contenu de la monographie sont semblables aux documents contrôlés par d'autres organismes nationaux de réglementation, sauf que la monographie canadienne contient une liste et une description de toutes les études pharmacologiques et toxicologiques menées par le fabricant. Le Canada est le seul pays à offrir ce genre d'information. À tous les autres égards, la monographie canadienne se rapproche le plus de la notice qui accompagne les produits américains.

La rédaction, par les demandeurs, de la section relative aux études pharmacologiques et toxicologiques menées sur les animaux, son examen par la DGPS et la préparation de la formulation définitive, qui est toujours précédée de longues négociations, ne sont ni efficaces ni nécessaires. Étant donné l'utilité limitée de cette information scientifique pour les professionnels de la santé et les risques

négligeables que présente la communication de cette dernière aux utilisateurs qui la demandent, l'ACIM recommande l'élimination ou, du moins, la réduction de cet élément de la monographie (voir l'annexe B). Il est à noter que le fait de ne plus limiter l'accès à l'information en question à l'étape de l'approbation ne nuira aucunement à la capacité de l'organisme de réglementation d'exercer ce contrôle par la suite en invoquant les dispositions de la *Loi sur les aliments et drogues* relatives à la publicité.

(f) *Faut-il établir une «procédure d'appel» officielle et efficace pour les fabricants? En quoi devrait-elle consister?*

L'objet d'une procédure d'appel officielle et efficace doit être de régler tout différend surgissant entre le fabricant et l'organisme de réglementation de manière scientifique et juste dans les meilleurs délais.

La procédure d'appel de la Direction visant les décisions réglementaires, précisée dans la Lettre de renseignements n° 740 (voir l'annexe C), est différente du mécanisme décrit à l'article c.08.009 des règlements en ce qui concerne la décision d'interdire la vente d'un nouveau médicament pour permettre des essais cliniques ou la suspension de l'avis de conformité visant un nouveau médicament. Les deux mécanismes prévoient le recours à un comité. Dans le premier cas, ce comité est composé de deux personnes choisies par le directeur général de la Direction des médicaments. Dans le deuxième cas, un membre est nommé par le ministre, un autre par le fabricant et un troisième (le président) est nommé par les deux autres.

Nous recommandons qu'un examen juste et scientifique des décisions réglementaires soit effectué dans les meilleurs délais par un comité d'appel formé de :

- . un expert indépendant nommé par l'organisme de réglementation;
- . un expert indépendant nommé par le fabricant; et
- . un président choisi par les deux premiers.

Les experts choisis ne doivent pas travailler pour l'organisme de réglementation ou le fabricant ni être en position de conflit d'intérêts.

Le Comité d'appel devrait être habilité à étudier toutes les données pertinentes, à recevoir les témoignages oraux des intéressés relativement à la décision réglementaire et à soumettre leurs conclusions à l'approbation du ministre.

La procédure d'appel doit se dérouler dans un délai précis. L'ACIM estime qu'un délai de 180 jours sera suffisant pour mettre sur pied un comité d'appel, permettre aux experts d'étudier les données, tenir des audiences, préparer les recommandations et demander au ministre de les mettre en oeuvre.

(g) *Quelle est votre opinion au sujet des politiques sur les médicaments permettant de traiter les maladies rares, qui atteignent un faible nombre de patients au monde (les médicaments non parrainés), et dont la mise au point n'est donc pas motivée par l'attente de bénéfices ultérieurs? Pensez-vous que le Canada devrait élaborer une politique précise sur l'examen (et les moyens d'encourager la mise au point) des médicaments non parrainés?*

Nous recommandons l'élaboration au Canada de politiques sur l'examen des médicaments non parrainés et les moyens permettant d'encourager leur mise au point.

Les États-Unis ont adopté la Orphan Drug Act en 1983 en vue de stimuler la réalisation de médicaments très prometteurs sur le plan médical mais sans grandes chances de succès commercial. La loi est appliquée par la Food and Drug Administration (FDA) et offre à l'entreprise dont la demande de mise au point du médicament est retenue deux encouragements : d'abord, des crédits d'impôt représentant un maximum de 50 p. 100 des frais d'élaboration du médicament, et des droits de commercialisation exclusifs pour une période de sept ans. Les entreprises intéressées se font concurrence pour obtenir la désignation de médicaments non parrainés. Ces dernières doivent démontrer que le médicament en question permettra de traiter une maladie rare qui, selon la définition de la FDA, touche moins de 200 000 patients. De manière générale, les avantages d'une telle loi pour la société sont à la fois reconnus et appréciés.

L'ACIM recommande la mise en oeuvre au Canada de mesures semblables, telles que les encouragements fiscaux, la période d'exclusivité de sept ans et des conditions d'approbation spécifiques - par exemple, la possibilité d'élargir le groupe-cible et d'innover en ce qui concerne la structure des études. Ces mesures devraient encourager les compagnies pharmaceutiques canadiennes et étrangères à mettre au point ou, du moins, à participer à la mise au point, de médicaments permettant de traiter les maladies rares et dont le besoin est tout à fait pressant.

Deuxième élément du mandat

Un maximum d'harmonisation internationale et l'optimisation des possibilités d'équivalence en matière de réglementation internationale, afin d'accélérer le processus d'examen des médicaments tout en s'assurant de leur innocuité, qualité et conformité aux normes. L'accent est surtout mis sur l'harmonisation des documents de présentation des données et des procédures d'examen.

- 2. *Que pensez-vous du dossier documentaire exigé actuellement au Canada pour évaluer les médicaments? Ce dossier vous semble-t-il clair? Permet-il de se conformer facilement aux exigences? Comment soutient-il la comparaison avec ceux employés dans d'autres pays?***

Le dossier documentaire canadien est clair et ne constitue nullement un obstacle à l'observation des règlements. Il comprend un résumé, des renseignements sur l'étiquetage, la fabrication et le contrôle de la qualité, ainsi que des rapports individuels d'études *in vitro*, cliniques et sur les animaux. À part les différences d'étiquetage, la section qu'on appelle le Résumé est différente de celle des autres pays sur les plans de la longueur, de l'organisation de l'information et du degré de détails demandé. Toutefois, l'étendue et la qualité de l'information sont tout à fait comparables à celles des résumés qu'exigent d'autres grands organismes de réglementation. Étant donné cette similitude et les efforts déployés à l'échelon international pour harmoniser les documents de cette nature, l'ACIM recommande que le Canada accepte les demandes préparées sur les modèles américain, canadien ou européen, c'est-à-dire de la Communauté économique européenne (CEE).

3. *Pensez-vous que le dossier documentaire canadien servant à l'évaluation des médicaments devrait être semblable ou même identique à celui d'autres pays?*

La question de l'harmonisation des dossiers documentaires est à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Congrès international de l'harmonisation qui doit se tenir à Washington en 1993. C'est d'ailleurs la suite logique des progrès récemment réalisés dans l'harmonisation des dossiers. L'ACIM appuie toute initiative en ce sens et recommande que le Canada accepte dans l'intervalle les dossiers qui suivent les modèles européen, américain ou canadien.

4. *Si le Canada devait opter pour un dossier documentaire semblable ou identique à celui employé ailleurs, préféreriez-vous le modèle européen ou américain?*

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'ACIM recommande l'acceptation immédiate des modèles européen, américain ou canadien et encourage le gouvernement à poursuivre toute initiative à l'échelon international visant à harmoniser les trois normes.

5. *Que pensez-vous des dossiers documentaires assistés par ordinateur? Le Canada devrait-il participer à l'élaboration d'une norme internationale pour les dossiers documentaires assistés par ordinateur?*

L'ACIM est en faveur d'un recours accru, de la part de l'organisme de réglementation, aux techniques les plus avancées de traitement de l'information, non seulement à l'interne, mais aussi dans ses rapports avec les auteurs des demandes d'homologation. Le recours aux ordinateurs pour le traitement des demandes est intégré au système d'examen en place. Les recommandations de l'ACIM à ce sujet cadreraient avec un recours accru aux

ordinateurs pour l'examen des dossiers, mais surtout pour faciliter le traitement des documents et l'accès aux données, et non pour permettre de réanalyser ces dernières. Une telle démarche serait fondée sur le modèle d'examen européen plutôt qu'américain. L'ACIM encourage le Canada à se joindre aux efforts internationaux actuellement déployés pour harmoniser cet aspect, entre autres, du processus d'homologation des médicaments.

6. *Le Canada devrait-il partager ses connaissances avec d'autres pays et profiter davantage des rapports d'évaluation qu'ils préparent? Le Canada devrait-il chercher à enrichir ses connaissances dans d'autres secteurs et offrir de les partager avec d'autres pays?*

L'ACIM encourage vivement le recours aux rapports d'évaluation d'autres pays pour l'examen des dossiers documentaires et la prise de décisions dans ce domaine. Il n'est pas raisonnable de refuser de reconnaître l'utilité éventuelle des décisions d'organismes de réglementation internationaux indépendants fondées sur des preuves identiques ou comparables.

Le développement de ses connaissances dans un domaine réglementaire précis et le partage de ces dernières avec d'autres pays fera du Canada non seulement un collaborateur mais un bienfaiteur, grâce à de tels échanges. Mais ceci s'avérera impossible en l'absence d'une procédure d'homologation plus rapide. L'ACIM est convaincue que ce genre de dialogue aurait une incidence positive sur les responsables de la réglementation canadienne du point de vue de leur perfectionnement personnel et de leur motivation.

7. *Quelle importance les évaluateurs de médicaments canadiens devraient-ils accorder à la décision d'un ou de plusieurs pays d'accepter ou de refuser la commercialisation*

d'un médicament, si la procédure d'examen et la qualité de leurs évaluations répondent à nos normes? La procédure d'examen des médicaments devrait-elle être différente selon que le produit a ou n'a pas été évalué et commercialisé dans un pays ayant des normes équivalentes? Dans l'affirmative, de quelle manière?

Nous sommes d'avis que le Canada devrait, dans la mesure du possible, tenir compte des résultats d'examens étrangers dans le cadre de ses évaluations tout en continuant de faire des recommandations indépendantes. Dans de telles circonstances, la période d'évaluation devrait être réduite. Cette question suppose que le processus canadien va toujours être retardataire par rapport à ceux d'autres pays. Il nous semble, cependant, que le renouvellement et l'amélioration du système canadien et les progrès accomplis dans l'harmonisation internationale du contenu et de la présentation des dossiers sont susceptibles de réduire les avantages qu'offre l'accès aux résultats d'examens étrangers.

8. *Les entreprises qui demandent la commercialisation d'un médicament au Canada devraient-elles être tenues de présenter les rapports d'évaluation (qu'ils soient positifs ou négatifs) d'autres pays, si le produit en question a déjà fait l'objet d'une évaluation?*

La procédure proposée par l'ACIM pour les dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments (DD-NM) prévoit une période d'évaluation interactive, ce qui permettrait et encouragerait la présentation de rapports d'évaluation étrangers qui deviennent disponibles pendant le processus d'approbation.

Il est souvent difficile, et parfois même impossible pour les entreprises d'obtenir rapidement les rapports d'évaluation d'organismes étrangers. L'ACIM appuie l'idée de coopération entre

ies divers organismes pour la communication de tels rapports. Cependant, on ne peut exiger qu'ils soient toujours inclus dans les dossiers présentés au Canada car une telle condition entraînerait automatiquement des retards au tout début du processus d'approbation.

Troisième élément du mandat

L'introduction d'un système d'évaluation fondé sur le niveau de risque.

- 9. *Pensez-vous que la mise en oeuvre d'un système d'attribution de licences visant les médicaments permettrait de résoudre les principaux problèmes actuellement associés à notre procédure d'homologation? Pensez-vous que le programme proposé établisse le bon équilibre entre l'évaluation de précommercialisation et la surveillance de postcommercialisation?***

L'un des principaux défauts du système d'approbation canadien actuel sont le retard et la période d'attente qui accompagnent chaque étape du processus. Par conséquent, les Canadiens ne peuvent pas rapidement accéder aux nouveaux médicaments, nouvelles indications et aux nouvelles formes posologiques.

Par contre, le système actuel ne pose aucun problème pour ce qui est de l'innocuité des produits. Le Canada a toujours pu se vanter de son excellente réputation à ce chapitre-là. L'un des principaux éléments de la proposition concernant la création d'un système d'attribution de licences visant les médicaments consisterait néanmoins à consacrer des

ressources massives (dans un organisme qui n'en a guère) à l'évaluation régulière de l'innocuité de médicaments d'usage courant, que ces évaluations soient nécessaires ou non.

La proposition relative aux licences donne l'impression de vouloir réduire l'importance de l'évaluation de précommercialisation en faveur d'une surveillance de postcommercialisation accrue, qui serait fonction du niveau apparent de risque. Elle n'explique pas, cependant, comment le gouvernement entend atteindre cet objectif. Si l'on compare cette proposition à la réglementation actuellement appliquée, on ne constate aucun changement au niveau des exigences de précommercialisation relatives aux données cliniques, alors que les exigences de postcommercialisation sont beaucoup plus lourdes.

En dépit des instances des intervenants pendant le processus de consultation, les responsables gouvernementaux ne leur ont jamais présenté une analyse des besoins ni une liste de priorités relatives aux différents éléments de la proposition. On n'a pas non plus cherché à déterminer quelles ressources seraient nécessaires, au gouvernement et dans l'industrie, pour lancer cette initiative.

Bref, cette proposition ajoute de nouvelles responsabilités à la charge, déjà lourde, du Bureau des médicaments et risque de faire augmenter, et non réduire, les retards qu'occasionnent l'examen et l'approbation des médicaments. Le présent document inclut, à l'annexe E, une copie de la réponse détaillée de l'ACIM à la proposition relative aux licences.

10. *Si vous ne connaissez pas encore la proposition concernant la création d'un système d'attribution de licences, pensez-vous que le système canadien d'homologation des*

médicaments devrait prévoir des procédures d'évaluation différentes, selon l'importance du risque?

L'ACIM appuie l'idée de prévoir différentes procédures d'examen selon le niveau apparent de risque. C'est d'ailleurs ainsi que fonctionne actuellement le système canadien. C'est-à-dire que la profondeur de l'examen est proportionnelle à la quantité et à la complexité des données scientifiques figurant dans un dossier donné. Nos recommandations apportent une autre nuance en proposant (a) l'établissement d'un comité consultatif d'experts pour étudier les nouvelles entités chimiques ainsi que les nouvelles indications, (b) que l'examen des dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments mette l'accent sur l'innocuité, (c) que l'examen de certaines catégories de dossiers documentaires supplémentaires visant les nouveaux médicaments se fasse dans un délai précis et (d) que l'industrie assume la responsabilité des autres dossiers supplémentaires moyennant des inspections et des vérifications par le gouvernement.

11. *Que pensez-vous de la possibilité que l'examen des dossiers se fasse selon la priorité du produit du point de vue des avantages thérapeutiques qu'il présente?*

L'ACIM appuie l'idée d'établir la priorité des produits en fonction des avantages thérapeutiques qu'ils devraient présenter. Ce concept est d'ailleurs mentionné dans les recommandations précises faites en réponse à la question 1(c) du présent document. Nous recommandons une démarche à deux volets (c'est-à-dire, visant les médicaments révolutionnaires, d'une part, et tous les autres, d'autre part), étant donné qu'une évaluation subjective de la valeur d'un médicament faite avant l'examen complet du dossier documentaire ne peut aboutir qu'à une catégorisation très générale pour éviter les injustices et les retards excessifs dans le traitement des demandes. Aux États-Unis, la FDA a

récemment proposé d'abandonner son système à catégories multiples en faveur de cette nouvelle orientation. Selon sa définition, un médicament dit «révolutionnaire» est un produit qui permet de diagnostiquer ou de traiter efficacement une maladie qu'aucun produit d'usage commercial ne permettait jusque-là de soigner ou de diagnostiquer, ou qui présente de grands avantages sur les plans de l'innocuité, de l'efficacité ou du diagnostic.

12. *Au Canada, le Programme des médicaments d'urgence permet d'accéder aux médicaments qui soignent les maladies éventuellement mortelles avant qu'ils aient reçu l'approbation des autorités gouvernementales. Étant donné les longueurs de notre processus d'examen, ce programme sert aussi très souvent à permettre l'accès à d'autres produits non encore homologués qui ne constituent pas des médicaments d'urgence. Certains prétendent que cette démarche est plutôt lourde et qu'elle ralentit l'ensemble du système d'examen. D'autres disent que puisqu'il n'est pas bien connu dans les plus petits centres, ce programme ne représente pas une solution pratique aux problèmes de l'accès aux nouveaux médicaments. Que pensez-vous du Programme des médicaments d'urgence?*

De toute évidence, le Programme des médicaments d'urgence (PMU) ne constitue pas une solution pratique aux problèmes de l'accès aux nouveaux médicaments.

Ce programme est particulièrement valable dans le cas de médicaments qui semblent prometteurs pour le traitement de maladies éventuellement mortelles qui en sont encore au stade de la mise au point initiale. Il permet de garantir aux malades canadiens qui n'ont plus d'options thérapeutiques l'accès à tous les nouveaux produits prometteurs. Le fait qu'on recourt à ce programme pour faire approuver d'autres médicaments non encore homologués révèle à quel point la procédure d'approbation actuelle est inefficace. Dans

certains cas, le système actuel a permis le traitement de plusieurs milliers de patients par an au moyen du même produit. Mais l'approbation des produits dans le cadre du PMU reste tout de même difficile. Il crée une sorte de cercle vicieux, puisque les ressources du programme sont affectées au traitement des demandes individuelles d'approbation d'un médicament, ce qui limite forcément les ressources pouvant servir à l'examen des dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments (DD-NM). Le recours général au PMU entraîne également d'autres complications. D'abord, certains médicaments bénéficient d'une distribution très importante grâce au programme, bien que l'étiquetage de ces produits ne soit pas encore tout à fait au point ni même autorisé par le gouvernement. Deuxièmement, l'incohérence des politiques de remboursement de tierces parties qui supportent les coûts des médicaments d'urgence crée des problèmes d'accès pour certains patients.

L'ACIM ignore dans quelle mesure les Canadiens sont au courant de l'existence du PMU, mais n'a pas recueilli de données sur le sujet. Il convient de noter, cependant, que le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) donne tous les détails du programme et explique comment y accéder. L'ACIM estime que la mise en place d'une procédure d'examen plus rapide permettra d'éliminer nombre des difficultés qu'entraîne à présent la surcharge du programme des médicaments d'urgence.

Quatrième élément du mandat

Les activités du programme de réglementation gouvernementale qui pourraient être prises en charge par l'industrie ou les professionnels de la santé sans compromettre la sécurité.

- 13. *D'autres pays ont établi des comités d'experts externes qui sont chargés de faire les recommandations finales concernant l'homologation des médicaments à l'organisme de réglementation. Ces comités sont formés de professionnels très réputés dans les domaines de la pharmacologie clinique, des sciences pharmaceutiques, de la médecine, etc. Pensez-vous que le Canada devrait suivre cette tendance?***

La proposition de l'ACIM relative au renouvellement du cadre de réglementation canadien est axée, entre autres, sur le recours à un comité consultatif d'experts permanent qui serait chargé d'approuver les nouveaux médicaments. Nous sommes d'avis qu'une telle approche permettra de profiter pleinement des connaissances cliniques et scientifiques actuelles dans le cadre du processus d'examen. Cette recommandation est expliquée en détail à l'annexe A.

- 14. *Les comités consultatifs externes devraient-ils avoir d'autres responsabilités en matière de réglementation; dans l'affirmative, quelles sont ces responsabilités?***

L'ACIM estime que si l'on veut s'assurer du bon fonctionnement du système d'approbation renouvelé, l'élimination de l'arriéré actuel des dossiers documentaires est absolument indispensable. Il est recommandé que des comités spéciaux d'experts soient mis sur pied pour étudier ces dossiers afin d'éliminer tout arriéré. Une démarche possible à cette fin est décrite à l'annexe A.

Nous sommes également d'avis que des comités consultatifs d'experts peuvent également apporter une contribution au règlement de questions concernant l'innocuité des médicaments déjà commercialisés. Il faudrait à cette fin des groupes d'experts spéciaux, tout à fait

distincts des comités permanents déjà mentionnés, dont la composition dépendrait des questions à l'étude.

D'autres comités pourraient éventuellement être établis pour discuter de l'élaboration de lignes directrices sur la conception et la conduite des essais cliniques ou sur d'autres éléments scientifiques de la procédure d'homologation.

15. *Dans le cadre des dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments de recherche (DD-NMR), les parrains de nouveaux médicaments demandent l'autorisation de faire des essais sur les humains. L'examen de ces demandes nécessite le recours à des experts qui travaillent en dehors de la Direction des médicaments. Leur participation est nécessaire pour l'examen des études de la première phase (la pharmacodynamie chez les volontaires en bonne santé), les essais cliniques (dans le cas d'un premier DD-NMR), et l'examen des résultats d'essais subséquents déposés avec le même protocole. Selon vous, quels éléments du processus d'examen des DD-NMR pourraient être pris en charge par des experts externes?*

Dans une autre section du présent document (voir l'annexe A), l'ACIM propose un système révisé pour l'approbation des dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments de recherche (DD-NMR). Cette recommandation s'inspire du régime australien d'exemption des essais cliniques et met l'accent sur la sécurité dans le contexte de l'examen. D'ailleurs, notre proposition n'exclut pas le recours, par l'organisme de réglementation, à des experts externes dans l'exécution de son mandat. De l'avis de l'Association, les procédures actuelles en matière de sous-traitance sont excessivement complexes et inefficaces. Il nous semble que l'attribution d'une nouvelle structure à l'organisme canadien chargé d'homologuer les médicaments permettra peut-être de tourner de tels obstacles. À condition que certaines

conditions soient remplies en ce qui concerne la compétence des examinateurs, l'absence de conflits d'intérêts, la confidentialité des dossiers étudiés et la rapidité du processus d'examen, l'ACIM est tout à fait en faveur du recours aux experts externes.

16. *Les dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments (DD-NM) constituent des ensembles de données complets soumis aux autorités gouvernementales en vue d'obtenir l'autorisation de commercialiser un médicament au Canada. À la Direction des médicaments, ces dossiers font l'objet d'un «premier examen» pendant lequel les examinateurs font la lecture, l'analyse et le résumé de toutes les données exposées dans le dossier; cette première étape est suivie d'un «second» examen par un examinateur de niveau supérieur, qui lit le rapport initial, vérifie l'exactitude des conclusions tirées par le premier examinateur et évalue l'innocuité et l'efficacité du produit en question.*

À quelle étape du processus actuel pourrait-on faire appel à des experts externes? Devraient-ils participer au premier ou au second examen?

Comme il a été mentionné au point 15 susmentionné, si certaines conditions sont remplies, l'ACIM ne s'oppose nullement au recours aux experts internes pour l'examen des dossiers. Les propositions qui figurent à l'annexe A permettraient à l'organisme de réglementation de recourir à des spécialistes externes pour l'évaluation de tous les types de demandes.

17. *La réglementation canadienne relative aux dossiers documentaires supplémentaires sur les nouveaux médicaments (DD-NM), qui doivent être déposés lors de changements touchant des médicaments déjà approuvés - par exemple, de nouveaux schémas posologiques ou de nouvelles indications - est, de l'avis d'un grand nombre*

d'intervenants, trop rigoureuse. Pensez-vous que certains aspects de l'examen de ces dossiers pourraient être éventuellement pris en charge par l'industrie?

Les dossiers documentaires supplémentaires déposés pour signaler de nouvelles indications varient beaucoup du point de vue des quantités de données scientifiques qu'ils contiennent. Dans certains cas, les nouvelles indications sont dérivées des anciennes, alors que, dans d'autres cas, il s'agit d'utilisations tout à fait nouvelles qui ne sont aucunement reliées aux indications précédentes. Dans ce dernier cas, il est parfois nécessaire de présenter autant de données cliniques que pour un DD-NM qui concerne une nouvelle entité chimique. De même, il faut parfois l'appui d'essais cliniques considérables pour justifier un nouveau schéma posologique. À notre avis, il ne convient pas de transférer à l'industrie la responsabilité des nouvelles indications ou nouveaux schémas posologiques déposés à l'aide des DDS-NM. Cependant, l'Association présente d'autres suggestions de changements relativement aux autres fonctions qui pourraient éventuellement être prises en charge par l'industrie (annexe A).

18. ***Le Canada dépend en partie des comités de révision déontologique des différentes institutions (les universités et les hôpitaux) pour s'assurer que les essais cliniques ne présentent pas de risque. D'après vous, ce système est-il efficace? Pensez-vous qu'il serait possible d'élargir les fonctions de ces comités afin qu'ils assument un certain nombre des responsabilités actuelles de la Direction des médicaments?***

Bien qu'il n'existe pas d'études officielles sur le sujet, compte tenu des écarts qui peuvent exister, que ce soit à l'intérieur d'une même province ou d'une province à l'autre, au niveau de la structure et de la composition des comités de révision déontologique et des procédures qu'ils appliquent, il semble logique que leur performance soit également variable.

L'ACIM appuie les efforts déployés par les gouvernements fédéral et provinciaux pour établir une seule norme pour tous ces organismes au Canada. Des progrès sur ce front devront précéder tout élargissement de leur rôle.

Cinquième élément du mandat

Les besoins en matière de ressources humaines et physiques et la disponibilité de ces ressources.

19. *À la différence du Canada, d'autres pays ont pris des mesures pour rendre indépendant du gouvernement leur service d'évaluation des médicaments afin de leur assurer une plus grande marge de manoeuvre. Ainsi le Ministère des médicaments de Suède est récemment devenu l'Office des produits médicaux, un organisme relativement indépendant qui devrait pouvoir s'autofinancer. Au Royaume-Uni, l'Office de contrôle des médicaments a assumé en 1989 les responsabilités de son prédécesseur - soit la Division des médicaments du ministère de la Santé - en ce qui concerne le contrôle des médicaments à usage humain. Pensez-vous que la structure actuellement en place au Canada accorde suffisamment de souplesse à la Direction des médicaments? Pensez-vous qu'une structure organisationnelle autonome profiterait au système canadien? Dans l'affirmative, quelle forme devrait-elle prendre?*

L'ACIM appuie vivement l'idée de la création d'un organisme de réglementation autonome ayant suffisamment de marge de manoeuvre pour engager, motiver et conserver des employés d'une grande compétence et pour adopter et mettre en oeuvre, si nécessaire, des méthodes à la fois nouvelles et novatrices.

La structure actuelle et les restrictions opérationnelles imposées à la DGPS excluent forcément une telle latitude. À notre avis, une structure semblable à celle de l'Office de contrôle des médicaments au Royaume-Uni profiterait grandement au système canadien, tout en nous permettant de maintenir notre excellente réputation en matière de sécurité.

- 20. *Le Canada devrait-il adopter une procédure de présélection rigoureuse prévoyant un délai de 30 jours soit pour accepter d'examiner la demande, soit pour rejeter tout dossier insuffisant ou incomplet? Le rejet d'une demande devrait-il être accompagné d'une pénalité, par exemple, la perte des frais de demande?***

Nous sommes tout à fait d'accord sur le principe d'une procédure de présélection rigoureuse. Cependant, les critères appliqués pour accepter ou rejeter une demande devraient être transparents et faire l'objet d'une discussion et d'un accord de la part de toutes les parties intéressées. L'objectif de tout processus de présélection devrait être la réception de dossiers à la fois complets et bien présentés qui facilitent l'évaluation. Le dossier documentaire devrait être évalué dans son ensemble. C'est-à-dire que des écarts mineurs ne devraient pas influencer sur le processus de présélection. Un fabricant peut décider de modifier la présentation du dossier pour qu'il soit plus conforme aux types de données qu'il présente. De plus, il est possible que certaines lignes directrices relatives aux dossiers documentaires ne s'appliquent pas. La DGPS doit absolument éviter de créer un système trop rigide qui entraîne inutilement des retards. Les dossiers qui ne remplissent pas les conditions minimales - par exemple, lorsque les données sont mal présentées ou déficientes ou lorsque le nombre de renvois est insuffisant - devraient être renvoyés au fabricant.

Il faudrait fixer un délai précis pour la présélection des dossiers. De même, les fabricants devraient avoir un délai précis pour combler les lacunes. Des recommandations à cet égard sont décrites à l'annexe A. Dans le cadre du système actuel, le renvoi aux fabricants d'un dossier documentaire constitue une pénalité suffisante.

21. *Le Canada et les États-Unis sont les seuls pays développés à fonder l'examen des demandes par les experts sur les systèmes organiques. Que pensez-vous de cette méthode? Pensez-vous qu'une autre structure serait plus efficace?*

Le Canada et les États-Unis organisent l'examen des demandes en fonction des systèmes d'organes uniquement pour les nouveaux médicaments à usage humain délibérés sur ordonnance. Cette structure ne s'applique donc pas aux médicaments «génériques», aux produits grand public à usage humain ou aux médicaments à usage vétérinaire. L'ACIM préférerait une structure où les équipes d'examen des nouveaux médicaments novateurs sont organisées selon leurs fonctions, plutôt que selon les systèmes d'organes touchés. Ainsi les différentes équipes d'examen se consacraient à l'examen de différents types de demandes (par exemple, les DD-NMR, DD-NM ou DDS-NM). Nous recommandons également qu'une division distincte continue d'être responsable de l'examen des dossiers documentaires qui concerne un médicament déjà approuvé ou «générique», ou encore des produits grand public à usage vétérinaire ou humain. À notre avis, ce serait plus efficace.

22. *Selon vous, que peut-on faire pour améliorer la productivité du personnel et rehausser le statut professionnel des examinateurs?*

L'ACIM est convaincue que l'implantation d'un système d'homologation efficace et bien géré conduira nécessairement à une amélioration de la productivité, puisque les examinateurs

pourront retirer plus de fierté de leur travail. Nos recommandations devraient encourager l'application de bonnes méthodes et pratiques; assurer une interprétation et une application plus cohérente des lignes directrices; améliorer les possibilités de perfectionnement professionnel en exposant les examinateurs aux connaissances d'experts externes par l'entremise du Comité consultatif d'experts permanent; et enrichir les connaissances et l'expérience des examinateurs grâce à un système de roulement entre équipes d'examen. La souplesse qu'offrirait une nouvelle structure organisationnelle aurait également l'avantage de permettre le recours à d'autres outils de gestion destinés à améliorer la productivité (par exemple, au moyen d'incitations salariales et autres) qui ne sont pas actuellement disponibles.

23. *En plus d'étudier la possibilité de dossiers documentaires informatisés (question 5), la DGPS envisage également d'employer un système informatique pour suivre le progrès des dossiers une fois qu'ils ont été reçus par la Direction des médicaments. De quel type de système devrait-il s'agir? Devrait-il s'inspirer de systèmes semblables employés dans d'autres pays? Que pensez-vous donc des systèmes de suivi informatisés?*

Le grand nombre de projets et l'importante quantité d'information traitée par des unités disparates reliées les unes aux autres au sein de l'organisme de réglementation militent en faveur d'un système d'attribution des tâches efficace. Il conviendrait par conséquent d'étudier les systèmes informatiques d'autres pays ou de l'industrie (le SGDL commercial - Système de gestion de données de laboratoire) pour voir quelles caractéristiques pourraient éventuellement correspondre aux besoins de l'organisme. L'ACIM estime que ses recommandations sur l'affectation des équipes d'examen à des tâches bien précises et l'établissement de délais spécifiques permettront justement de faciliter le suivi des projets. Il

faudrait faciliter et simplifier l'accès des fabricants au système, puisque ceci permettrait d'éliminer le temps que perdent actuellement les employés qui répondent à leurs demandes de renseignements.

- 24. Dans d'autres pays, le fonctionnement du processus d'examen est associé à des objectifs et des pénalités précis. Quels objectifs vous semblent raisonnables pour les différents types de demandes d'homologation? Et quelles pénalités devraient s'appliquer si ces objectifs ne sont pas atteints?**

Les propositions de l'ACIM décrites à l'annexe A, prévoient des délais précis pour toutes les étapes du processus d'approbation. De plus, une structure organisationnelle autonome donnerait une souplesse accrue, permettant ainsi d'employer diverses méthodes visant à promouvoir l'efficacité au moyen de stimuli à la fois positifs et négatifs.

ANNEXE A**Recommandations de l'ACIM sur l'amélioration du processus d'homologation des médicaments**

Les suggestions qui suivent présentent différentes possibilités en ce qui concerne la révision du processus d'homologation des médicaments au Canada. Elles traitent de la période de transition précédant l'implantation du nouveau système, de la procédure d'approbation relative à chaque type de demandes et de la nouvelle structure et des besoins opérationnels d'un organisme de réglementation réorganisé.

Période de transition

La DGPS a actuellement un grand arriéré de demandes en souffrance au Bureau des médicaments de prescription à usage humain que ce dernier ne sera pas en mesure d'examiner dans le délai de 180 jours fixé par les responsables de l'administration. On estime qu'une telle charge de travail risquerait d'entraver gravement la mise en oeuvre et les chances de succès de toute nouvelle procédure d'homologation. Par conséquent, il est proposé qu'un programme spécial mais temporaire soit mis en place pour éliminer cet arriéré et assurer le passage au nouveau système.

Il est donc proposé qu'une série de comités consultatifs d'experts (chacun ayant un maximum de cinq membres) soit établie à cette fin. Leurs membres seraient recrutés dans d'autres milieux que l'industrie ou le gouvernement et seraient des experts médicaux et scientifiques reconnus. Chaque comité devrait inclure une personne-ressource de la section appropriée de la Division de l'évaluation des produits pharmaceutiques de la DGPS. Un comité serait créé pour chacune des six divisions cliniques du Bureau des médicaments de prescription à usage humain, et un pour chacun des autres bureaux qui ont un arriéré de demandes à traiter. Ces comités auraient 90 jours pour soumettre leurs recommandations au ministre au sujet des dossiers qui leur seraient confiés par la Division ou le Bureau en question. Le ministre prendrait ensuite la décision finale en ce qui concerne les demandes.

Le système proposé fonctionnerait donc de la manière suivante :

- Les fabricants dont les demandes ont été reçues depuis plus de 180 jours et dont l'examen n'a pas encore été entamé seraient priés de présenter, dans un délai de dix jours, une déclaration ne dépassant pas 25 pages pour indiquer pourquoi celle-ci devrait être approuvée. Cette déclaration pourrait être accompagnée d'informations concernant la commercialisation du produit à l'étranger, les résultats d'examens effectués par des organismes de réglementation étrangers, les exigences en matière d'étiquetage étranger, les rapports de suivi pharmacologique ou les opinions d'experts indépendants. En cas d'inexécution des procédures susmentionnées, la demande serait automatiquement renvoyée au fabricant.
- Chaque comité consultatif d'experts serait chargé d'étudier l'information fournie et de faire une recommandation d'approbation ou de rejet de la demande ou encore - bien que ce soit rare - de demander des renseignements supplémentaires ou des éclaircissements. Cette dernière demande ne pourrait se faire qu'une fois et les fabricants seraient tenus de répondre dans les 30 jours qui suivent la demande. En l'absence d'une réponse, le dossier serait renvoyé au fabricant. Le comité soumettrait ses recommandations dans un délai de 60 jours suivant la réception de l'information supplémentaire.
- Le ministre approuverait ou rejetterait les demandes, selon les recommandations du comité.

Vu l'estimation du nombre de demandes accumulées actuellement à la DGPS, on estime que ce travail pourrait être accompli dans un délai de 160 à 250 jours. En février 1992, le Bureau des médicaments de prescription à usage humain avait un arriéré de 129 DD-NM et de 59 DDS-NM. Si ces 188 demandes étaient réparties entre les six comités, chaque

comité aurait en moyenne 31 présentations à examiner. Chacun des cinq membres du comité pourrait être responsable de six demandes. Les autres bureaux de la Direction générale de la protection de la santé ont un arriéré beaucoup moins important que celui du Bureau des médicaments de prescription.

Les fabricants seraient priés de retirer - sans que cela porte atteinte à leurs droits - toute modification apportée dans le cadre d'un DDS-NM à l'exception des nouvelles indications, nouveaux modes d'administration, nouveaux schémas ou nouvelles formes posologiques ou nouvelles voies de synthèse.

La responsabilité de la mise en oeuvre et de la surveillance des changements susmentionnés devrait être transférée aux fabricants et aux inspecteurs de l'organisme de réglementation travaillant sur le terrain.

Dossiers documentaires précliniques sur les nouveaux médicaments de recherche (DD-NMR)

Il est proposé que ce type de dossier soit examiné par le personnel de l'organisme affecté exclusivement à cette tâche.

Le modèle de dossier documentaire actuellement utilisé serait retenu, sauf qu'on soumettrait désormais un plan d'étude général au lieu d'un protocole détaillé. Ce plan aurait pour objectif de définir les paramètres de la population étudiée, les doses maximales à administrer, la forme posologique et les voies d'introduction, la durée du traitement et les paramètres spéciaux à surveiller en matière d'innocuité.

L'examen de l'organisme de réglementation serait axé sur des considérations d'ordre sécuritaire et les demandes seraient traitées dans un délai de 30 jours avec rejet automatique en cas d'inexécution des conditions.

Des protocoles spécifiques se conformant aux limites définies et acceptées dans le DD-NMR ne seraient plus soumis à l'approbation de l'organisme de réglementation.

Les aspects scientifiques de la conception de l'étude seraient élaborés par des cliniciens, chercheurs et scientifiques canadiens. Ces protocoles d'étude individuels, ainsi que les formulaires de consentement signés par les patients, continueraient d'être examinés par les comités de révision déontologique.

Les fabricants seraient tenus de soumettre à l'organisme de réglementation et au comité de révision déontologique, dans les meilleurs délais, des rapports sur les risques thérapeutiques et les effets nocifs importants et inattendus. Ces rapports comprendraient une estimation du nombre de Canadiens qui sont exposés au médicament.

Toute modification apportée aux paramètres du dossier original exigerait la préparation d'un nouveau DD-NMR contenant les plus récentes informations.

La présente proposition ne modifie nullement les dispositions actuelles de la réglementation en ce qui concerne les responsabilités des fabricants. Il suffirait de changer les lignes directrices visant les DD-NMR pour la mettre en oeuvre.

Dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments (Dd-NM)

L'ACIM propose une procédure d'homologation fondée sur les éléments suivants :¹

1. Nouvelles exigences relatives aux demandes

Il est recommandé que l'organisme de réglementation canadien accepte des résumés d'information visant les nouveaux médicaments préparés selon les modèles de la Communauté économique européenne, des États-Unis ou du Canada. Ces modèles sont tout à fait adéquats; par conséquent, il est possible d'évaluer efficacement n'importe lequel de ces documents avec un minimum de formation et d'effort.

Un dossier documentaires sur un nouveau médicament comporterait les éléments suivants :

- a) Une monographie de produit/d'étiquetage (Partie I)
- b) Des données chimiques et de fabrication (Partie II)
- c) Un résumé (Partie III)

Les rapports de recherche individuels (Partie IV) et les données brutes (Partie V) ne seraient plus exigés. Cette information serait retenue par le fabricant et mise à la disposition de l'organisme de réglementation s'il avait besoin de détails supplémentaires ou d'éclaircissements.

¹ Un ordinogramme exposant la procédure est présenté à la page 7 de la présente annexe.

Le parrain continuerait de certifier que le résumé fourni est complet et qu'il constitue une représentation juste et adéquate des données réunies pour justifier la demande d'approbation du médicament en question.

Les sections de la monographie de produit relatives à la pharmacologie et à la toxicologie seraient éliminées. (Voir la question 1(e) du présent document).

Les DD-NM seraient répartis dans deux catégories, soit «révolutionnaires» et «autres», selon les avantages thérapeutiques qu'ils semblent présenter. (Voir la question 11 du présent document).

2. Délais du processus d'homologation

La proposition de l'ACIM prévoit des délais précis pour chaque étape du processus d'homologation. Ce dernier se déroulerait au moyen de réunions mensuelles d'un comité consultatif d'experts permanent, lequel soumettrait ses recommandations au ministre sur l'ensemble des dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments (DD-NM) et les dossiers documentaires supplémentaires (DDS-NM) dans le cas de nouvelles indications visant des produits déjà commercialisés.

Ces délais sont décrits dans les pages qui suivent, et un tableau résumant l'ensemble du processus est présenté à la page 8 de la présente annexe.

3. Présélection des demandes

La décision d'accepter ou de rejeter un DD-NM serait prise dans un délai de 10 jours pour les médicaments dits «révolutionnaires» et dans un délai de 30 jours pour les autres médicaments. Pendant cette période, le fabricant aurait l'occasion de corriger son dossier pour combler certaines petites lacunes. Il est proposé que le délai prévu pour les corrections soit de trois jours pour les médicaments «révolutionnaires» et de sept jours pour les autres médicaments. Les DD-NM ayant d'importantes lacunes ne devraient pas être acceptés mais plutôt renvoyés immédiatement au parrain. (Voir aussi la question 20 du présent document).

4. Évaluation des demandes par l'organisme de réglementation

L'ACIM propose que les DD-NM soient évalués par une équipe de l'organisme affectée exclusivement à cette tâche. Le processus d'évaluation doit également prévoir des échanges avec des scientifiques de l'industrie du médicament. Il pourrait s'agir, entre autres, d'un bref exposé donnant les grandes lignes de la demande qui serait présenté par le parrain au début de l'évaluation. Des détails supplémentaires ou des éclaircissements pourraient être demandés, au besoin, dans le cadre de l'examen.

Des échanges avec d'autres organismes de réglementation ou le recours à des spécialistes externes seraient également possibles.

Les demandes visant des médicaments «révolutionnaires» seraient évaluées dans un délai de 70 jours, alors que ce délai serait de 120 jours pour les autres médicaments.

Une fois l'examen terminé, l'organisme de réglementation soumettrait ses recommandations, questions et commentaires ainsi qu'un projet de monographie de produit et d'étiquetage au Comité consultatif d'experts permanent et au parrain du produit. Tout aspect relié à la fabrication et au contrôle de la qualité serait la responsabilité de l'organisme de réglementation. Des recommandations découlant de cette évaluation seraient incorporées dans le rapport du comité. Le parrain aurait ensuite l'occasion de transmettre ses commentaires sur le rapport de l'organisme de réglementation au Comité consultatif d'experts permanents avant que celui-ci ne se réunisse pour examiner la demande.

5. Examen par le Comité consultatif d'experts permanent

Nous recommandons que le Comité consultatif d'experts permanent soit chargé de faire des recommandations au ministre relativement à l'approbation des demandes. Ses membres seraient des experts médicaux et scientifiques canadiens reconnus, choisis et nommés par le ministre pour une période déterminée, et il aurait son propre secrétariat.

Le Comité serait également chargé d'examiner les rapports d'évaluation préparés par l'organisme de réglementation ainsi que toute observation qui lui serait soumise par le parrain. Il y aurait des consultations, au besoin, avant ou pendant les délibérations du Comité. Ce dernier pourrait décider d'inviter les examinateurs de l'organisme de réglementation et les chercheurs du parrain à faire des exposés sur différentes questions en vue de faciliter l'évaluation. Le Comité consultatif d'experts devrait se réunir une fois par mois. Les rapports visant les médicaments «révolutionnaires» devraient être traités dans un délai de 45 jours, et ceux visant les autres médicaments, dans un délai de 90 jours. L'examen engloberait normalement tous les aspects de la demande, y compris la monographie de produit et les étiquetages. Une fois ces délibérations terminées, le Comité pourrait décider de recommander au ministre l'approbation ou le rejet du DD-NM ou d'écrire

au parrain en lui demandant de répondre à certaines questions ou observations. Le parrain aurait ensuite 30 jours, dans le cas des médicaments «révolutionnaires», et 60 jours dans le cas des autres médicaments, pour lui soumettre sa réponse. Le Comité aurait ensuite 45 ou 90 jours, respectivement, pour étudier ses réponses et faire une recommandation finale au sujet de l'acceptabilité de la demande.

Tout fabricant incapable de respecter ces délais ou de répondre de façon adéquate aux observations et questions du Comité serait tenu de recommencer à zéro.

Les documents d'approbation seraient émis par le cabinet du ministre dans un délai de sept jours suivant une recommandation positive du Comité.

Dossiers documentaires supplémentaires sur les nouveaux médicaments (DDS-NM)

Les dossiers supplémentaires peuvent être déposés pour toute une série de raisons. L'ACIM recommande que les DDS-NM visant les nouvelles indications soient traités de la même manière que les dossiers documentaires sur les nouveaux médicaments.

Dans le cas de DDS-NM visant de nouvelles voies d'introduction ou de nouveaux schémas ou formes posologiques, il est proposé que l'évaluation et l'approbation soient confiées uniquement à une équipe spéciale au sein de l'organisme de réglementation affectée exclusivement à cette tâche. Le modèle du dossier canadien actuel serait retenu, sauf en ce qui concerne l'inclusion systématique des rapports de section et des données brutes. Pour les autres types de demande, le modèle américain ainsi que celui de la CEE seraient également acceptés. Tout dossier signalant un changement important au niveau de la synthèse de la substance médicamenteuse serait traité par le groupe d'évaluation des produits pharmaceutiques. Le délai prévu pour le traitement de ces

dossiers serait de 150 jours. Ce délai nous semble raisonnable, puisque dans tous les cas, il existe un jalon - c'est-à-dire la posologie et les modes d'administration, etc. approuvés au départ - pour évaluer l'opportunité du changement envisagé.

La responsabilité de tout changement ayant trait à la fabrication, au contrôle de la qualité ou à l'inclusion sur une étiquette d'un avertissement sur l'usage du médicament incomberait désormais à l'industrie, même si l'organisme de réglementation continuerait de faire appel à des inspecteurs sur le terrain pour effectuer des contrôles. Des avis concernant les changements en matière d'étiquetage seraient publiés au fur et à mesure qu'ils sont acceptés. D'autres changements seraient décrits dans un rapport annuel présenté à l'organisme de réglementation.

Questions opérationnelles/administratives

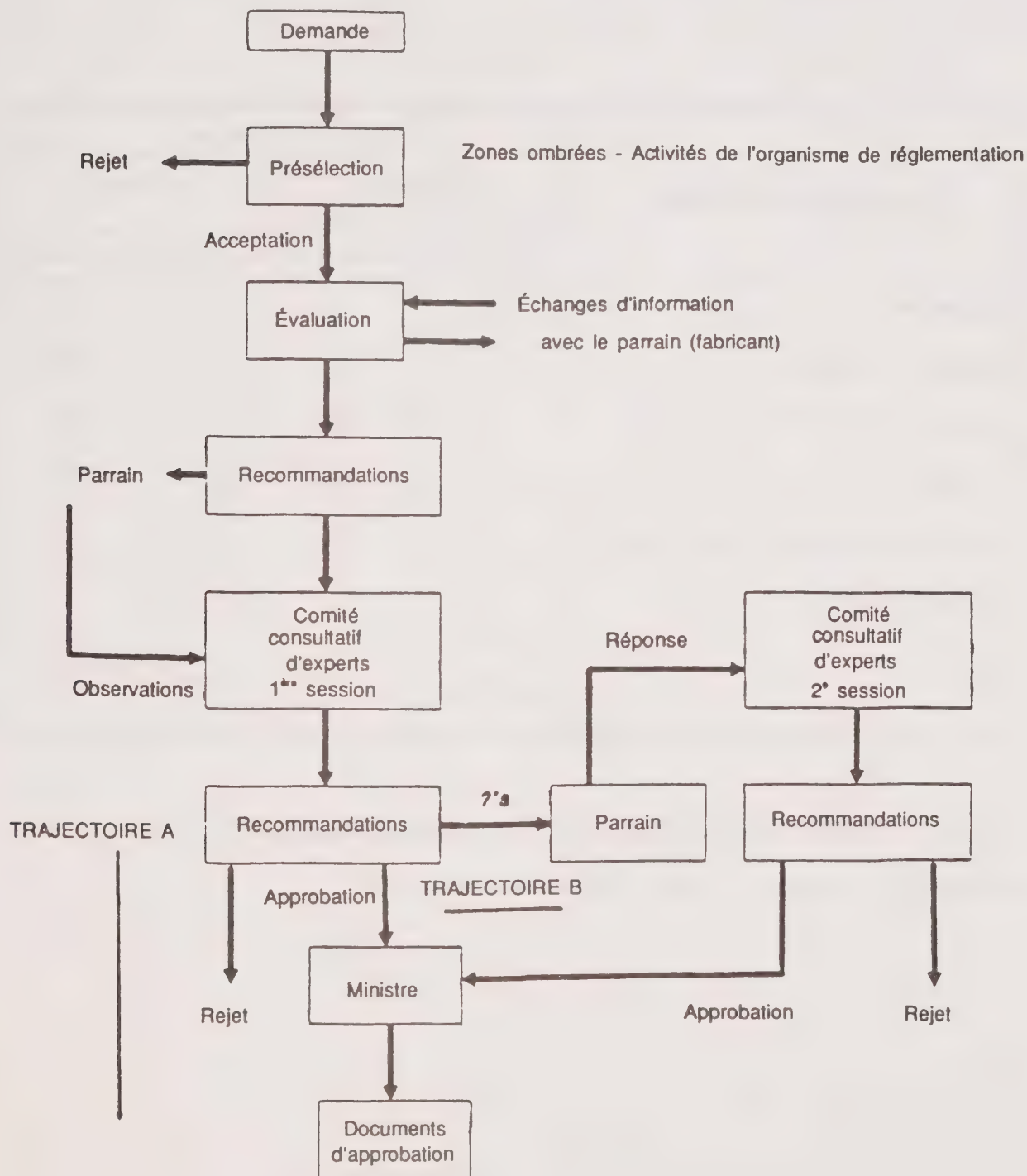
Bien que les recommandations qui suivent ne concernent pas les méthodes d'approbation des demandes, elles pourraient avoir une incidence positive sur la performance de l'organisme.

- a) L'ACIM recommande la création d'un organisme de réglementation canadien tout à fait autonome, en suivant le modèle de l'Office de contrôle des médicaments au Royaume-Uni. Ceci permettrait de rationaliser la structure organisationnelle actuelle et de regrouper les activités de la DGPS. Les unités opérationnelles devraient être chargées de contrôler leur personnel ainsi que l'application des procédures et politiques rattachées à la réalisation de leur mandat. Cette nouvelle structure assurerait une plus grande souplesse opérationnelle.
- b) Il conviendrait de regrouper l'ensemble des unités opérationnelles dans une installation unique.

- c) Les examinateurs de la DGPS participent actuellement à de nombreuses activités qui ne sont pas directement reliées à l'examen des demandes. L'ACIM recommande en conséquence l'adoption, par l'organisme de réglementation, d'une structure permettant d'affecter les examinateurs à des tâches jugées essentielles pour l'exécution de son mandat. Toute autre activité devrait être prise en charge par un autre service du ministère de la Santé et du Bien-être social, ou encore par une unité administrative au sein de l'organisme.
- d) Il faut assurer la cohérence des exigences, interprétations et procédures au sein des diverses unités et dans l'ensemble de l'organisme. Le remplacement des divisions thérapeutiques du Bureau des médicaments de prescription à usage humain par des équipes d'examen, dont chacune serait responsable d'un seul type de demande (DD-NMR, DD-NM, DDS-NM), serait d'une grande utilité à cet égard. Le regroupement des activités de l'organisme permettrait également d'éliminer les incohérences constatées dans les pratiques des différents bureaux. Par exemple, les inspections d'usines de fabrication étrangères continuent d'être la responsabilité de l'organisme de réglementation canadien pour tout produit régi par le Bureau de biologie, alors que cette pratique a été remplacée par d'autres mécanismes au sein du Bureau des médicaments de prescription à usage humain. Le Bureau de biologie continue d'exiger que tout produit fasse l'objet d'essais par les autorités gouvernementales et que chaque lot soit vérifié avant d'être approuvé à des fins de distribution. Cependant, les antécédents de cette procédure militent contre son maintien.
- e) L'ACIM recommande que le nouvel organisme de réglementation trouve une meilleure façon de communiquer avec les fabricants. Bien que la DGPS consulte actuellement les intervenants, les décisions prises en ce qui concerne les lignes directrices ou l'orientation des politiques ne sont pas toujours bien expliquées. Une bonne compréhension de l'orientation de l'organisme est indispensable pour assurer l'efficacité des rapports entre le gouvernement et l'industrie. L'organisme de réglementation américain publie à la fois les

observations des représentants de l'industrie concernant la révision des lignes directrices ou de la réglementation et les réponses des autorités. Le recours au babillard électronique récemment implanté à la DGPS permettrait d'atteindre ce même objectif au Canada à un coût raisonnable.

- f) Il conviendrait de prendre des initiatives visant à encourager le perfectionnement professionnel des scientifiques de l'organisme de réglementation.
- g) L'ACIM appuie vivement les efforts actuellement déployés par le Canada en vue de l'harmonisation internationale des procédures en matière de réglementation et d'une meilleure collaboration avec les autres grands organismes nationaux de réglementation.

Projet d'organigramme - DD-NM et DDS-NM (nouvelles Indications)

DÉLAIS POUR L'APPROBATION DES DD-NM

<u>Étapes précédant l'approbation</u>	DÉLAI (nombre de jours)			
	Médicaments «révolutionnaires»		«Autres»	
	Trajectoire A	Trajectoire B	Trajectoire A	Trajectoire B
Présélection	10	10	30	30
Évaluation de l'organisme	70	70	120	120
Examen du comité consultatif	45	45	90	90
Réaction du parrain	S/O	30	S/O	60
Deuxième examen du comité consultatif	S/O	45	S/O	90
Documents d'approbation	7	7	7	7
Total	132	207	247	397

Trajectoire A = Pas de questions de la part du Comité consultatif d'experts

Trajectoire B = Questions de la part du Comité consultatif d'experts

APPENDICE «FEMM-15»(TRADUCTION)

Renseignements supplémentaires

fournis par le

D^r David Beatty

de l'Institution national du cancer

NATIONAL
CANCER INSTITUTE
OF CANADA



INSTITUT NATIONAL
DU CANCER
DU CANADA



AFFILIATED WITH
THE CANADIAN CANCER
SOCIETY

Suite 2100
10 Alcorn Avenue
Toronto, Ontario M4V 3B1
Telephone: (416) 961-7223
Fax: (416) 961-4184

PRESIDENT
H.G. Friesen, M.D.
F.R.C.P.(C), F.R.S.C.

CHIEF EXECUTIVE OFFICER
Douglas H. Barr, M.S.W.

EXECUTIVE DIRECTOR
J. David Beatty, M.D.
F.R.C.S.(C), F.A.C.S., F.S.S.O.

AFFILIE
A LA SOCIÉTÉ CANADIENNE
DU CANCER

Bureau 2100
10 Alcorn Avenue
Toronto, Ontario M4V 3B1
Téléphone: (416) 961-7223
Télécopieur: (416) 961-4184

PRESIDENT
H.G. Friesen, M.D.
F.R.C.P.(C), F.R.S.C.

DIRECTEUR GÉNÉRAL
M. Douglas H. Barr, M. Serv. Soc.

DIRECTEUR EXÉCUTIF
J. David Beatty, M.D.
F.R.C.S.(C), F.A.C.S., F.S.S.O.

Le 6 avril 1992

M^{me} Barbara Greene

Présidente

Sous-comité de la condition féminine du

Comité permanent de la santé, du bien-être
social, des affaires sociales, du troisième
âge et de la condition féminine

CHAMBRE DES COMMUNES

Ottawa (Ontario)

K1A 0A6

Madame,

Je voudrais vous remercier, ainsi que les membres et la
greffière du sous-comité, de m'avoir invité à participer
aux délibérations du sous-comité le 25 février 1992.

Conformément aux recommandations de votre personnel, j'ai présenté les grandes lignes des activités de l'Institut, du processus d'examen par les pairs et des engagements de l'Institut national du cancer du Canada en ce qui concerne le financement de la recherche. J'espère que mon exposé a été utile au Comité.

Comme vous le savez, les ressources de l'Institut proviennent presque exclusivement des contributions faites à la Société canadienne du cancer et à la Course Terry Fox par des Canadiens de toutes les couches de la société. L'Institut finance plus de cinquante pour cent (50 %) de la recherche sur le cancer menée au Canada. L'Institut affecte soixante-dix pour cent (70 %) de ses ressources à la recherche sur les aspects cellulaires et moléculaires de la famille de maladies portant le nom générique de cancer. En explorant la biologie cellulaire et moléculaire du cancer, l'Institut contribue de manière importante à l'élucidation des causes du cancer. En dévoilant les causes du cancer, l'Institut contribue à la recherche sur la prévention du cancer. Trente pour cent

(30 %) de l'aide à la recherche apportée par l'Institut est axée sur un type de cancer particulier. Les études sur le cancer du sein et les femmes souffrant d'un cancer du sein sont les plus courantes (plus de 20 %). Cette recherche tend à se concentrer sur le comportement de la maladie dans le corps de la malade et le comportement de la malade à l'égard de la maladie.

Ainsi, il est essentiel que les membres et le personnel du sous-comité de la condition féminine engagés dans l'étude du cancer du sein comprennent que, finalement, les deux types de recherche, cellulaire et moléculaire et la recherche sur les foyers de cancer, contribuent à la recherche sur le cancer du sein. C'est pourquoi l'Institut national du cancer estime que le chiffre de un à deux millions de dollars, qui est actuellement propagé par les médias, est tout à fait trompeur et ne représente en aucune façon une image fidèle des ressources financières en jeu ou de la nature de ce type de recherche. En fait, on peut dire que plus de 30 millions de dollars sur un budget total de 43 millions de dollars

ont été affectés, en 1991-1992, directement ou indirectement, à la recherche sur le cancer du sein. Quand la recherche moléculaire et cellulaire est combinée aux études sur l'amélioration de la prévention, l'établissement d'un diagnostic précoce et l'amélioration du traitement du cancer du sein, on réalise que la contribution de l'Institut à la recherche sur le cancer du sein est remarquable et que nul autre organisme ne le précède dans ce domaine.

J'ai trouvé très intéressante la lecture du compte-rendu du reste de l'audience du 25 février 1992. J'aimerais en extraire quelques points, si vous permettez. L'un des témoins (Paula McPherson) a déclaré à cette occasion : «Quand le directeur exécutif de l'Institut national du cancer du Canada affirme à la radio, le 2 février 1992, et encore devant nous aujourd'hui, indirectement, que le cancer du sein ne doit pas faire l'objet d'une attention plus soutenue, il perpétue le mythe que tout va bien, que la situation est maîtrisée.»

Je ferais remarquer au sous-comité que la radio de la CBC ne m'a pas posé cette question, pas plus que le sous-comité. Si l'on m'avait posé cette question, j'aurais dit deux choses :

1. La recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse au Canada souffrent d'un grand manque de fonds.
2. L'Institut national du cancer du Canada accorde plus d'attention au cancer du sein, et de loin, qu'à d'autres types de cancer touchant les hommes ou les femmes. Si nous avions plus de ressources, nous ferions plus de recherches sur le cancer du sein et sur tous les aspects des causes, de la prévention et du traitement du cancer.

Au cours de l'interrogatoire de M^{mes} McPherson et Rigby, les membres du sous-comité ont exprimé leur enthousiasme à l'égard des recommandations, se sont informés au sujet de la promotion de la recherche sur le cancer du sein et

de la discrimination sexuelle dont seraient victimes les femmes voulant mener des recherches sur le cancer du sein. J'aurais aimé répondre à ces questions si les membres du Comité avaient exprimé leur intérêt à ce sujet avant la préparation de mon témoignage ou au cours de l'interrogatoire. Comme je suis persuadé que le sous-comité aimerait prendre connaissance des données relatives à ces questions pour préparer son rapport final, j'ai jugé bon de vous les transmettre, à vous et aux autres membres du sous-comité.

1. **Discrimination sexuelle** : L'Institut vient d'examiner l'appui qu'il apporte au personnel travaillant à la recherche sur le cancer. Au cours des trois dernières années (1988-1991), 40 pour cent des demandes d'assistance au niveau des deuxième et troisième cycles, 37 pour cent des demandes d'assistance au niveau des études supérieures et 28 pour cent des demandes d'assistance au niveau professionnel, pour la recherche sur le cancer, ont été présentées par des femmes. Cependant, le taux

de succès des candidats féminins est de 7 à 15 pour cent plus bas que dans le cas des candidats de sexe masculin, au cours de la même période. Même si rien ne prouve l'existence de discrimination sexuelle, l'Institut essaie de trouver des moyens d'accroître le nombre et le taux de succès des femmes dans le domaine de la recherche sur le cancer. L'Institut est actuellement en train de mettre sur pied un programme destiné à aider les scientifiques de sexe féminin à réintégrer la communauté de la recherche après une longue période d'absence pour raisons familiales. On attire également l'attention du sous-comité sur le rapport du Comité sur la participation des femmes dans le domaine des sciences et de la technologie du Conseil consultatif national des sciences et de la technologie. Le rapport examine la situation des femmes dans le secteur des sciences au Canada et présente des recommandations utiles pour accroître le nombre de femmes menant des travaux de recherche. Il serait

peut-être bon que le sous-comité se penche sur ces recommandations dans le cadre de ses délibérations.

2. **Défense** : Il existe sans aucun doute un besoin de défense et de promotion de la recherche sur le cancer et, plus précisément, sur le cancer du sein. L'Institut est ravi du rôle de plus en plus conséquent joué par les particuliers dans la sensibilisation du grand public à l'importance de la recherche sur les causes du cancer et du cancer du sein.

Établir la cause du cancer est la mission prioritaire des activités de recherche entreprises par l'Institut national du cancer du Canada, comme je l'ai précisé plus haut et lors de ma comparution devant le sous-comité le 25 février 1992. Il existe un besoin pressant, au Canada, d'épauler, à tous les niveaux, la lutte contre le cancer du sein et la recherche sur cette maladie.

3. **Recommandations** : L'Institut est heureux que le sous-comité de la condition féminine ait décidé d'examiner la question du cancer du sein et de la recherche sur le cancer du sein. Nous estimons qu'il est possible d'accomplir dans ce domaine beaucoup de progrès dont bénéficieraient les femmes souffrant d'un cancer du sein, maintenant et dans l'avenir. L'Institut considère également que les problèmes du traitement du cancer du sein et de la recherche sur cette maladie, loin d'être particuliers à ce type de cancer, sont représentatifs de la plupart des types de cancer. L'Institut invite le sous-comité à ne pas limiter ses recommandations au cancer du sein et à reconnaître que le vrai problème est que nous n'accordons pas suffisamment d'importance à la lutte anticancéreuse et à la recherche sur le cancer au Canada. Le problème fondamental est que le Canada vient loin derrière les autres pays industrialisés pour ce qui est de l'engagement et de la proportion des crédits consacrés à la recherche. Ceci est vrai

de la recherche dans tous les domaines. La recherche sur le cancer au Canada souffre du mauvais climat de la recherche causé par un manque généralisé de fonds, la compression des budgets gouvernementaux, l'insuffisance de l'appui direct de l'État à la recherche et l'absence de contributions financières de la part de l'industrie canadienne.

L'Institut national du cancer du Canada et la Société canadienne du cancer souhaiteraient que le gouvernement affecte davantage de ressources à de nombreux domaines où les besoins sont particulièrement pressants, entre autres, l'éducation publique, les services dispensés aux malades, la promotion de la recherche, la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse. Par rapport à la situation aux États-Unis, il est clair que la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada font un excellent travail avec les ressources limitées dont ils disposent. Mais nous avons besoin de votre aide.

Pour vous permettre de faire la comparaison entre le Canada et les États-Unis, les chiffres concernant les contributions par habitant peuvent être utiles. La Société canadienne du cancer collecte presque 3 \$ (canadiens) par personne (résidents du Canada). L'Institut national du cancer du Canada, à l'aide des fonds fournis par la Société canadienne du cancer et la Course Terry Fox, verse environ 1,60 \$ par personne pour appuyer la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse au Canada (voir tableau). Le gouvernement fédéral du Canada, par l'entremise du Conseil de recherches médicales et du ministère de la Santé et du Bien-être social, versent environ 10 \$ par personne pour soutenir les recherches biomédicales au Canada. Par contre, le gouvernement fédéral débourse un maximum de 1 \$ par personne pour soutenir la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse. Ainsi, un total de 2,60 \$ par personne est affecté à la recherche sur le cancer par le gouvernement fédéral et le plus important organisme de lutte anticancéreuse non

gouvernemental. Plus de 60 pour cent des fonds proviennent de l'organisme non gouvernemental (l'Institut national du cancer du Canada), et ce, grâce aux dons personnels de tous les Canadiens.

Aux États-Unis, c'est tout le contraire. La Société américaine du cancer collecte environ 1,50 \$ (dollars américains) par personne (résidents américains) et verse environ 0,50 \$ par personne pour soutenir la recherche sur le cancer. Le gouvernement fédéral américain accorde environ 75 \$ par personne pour financer la recherche biomédicale menée par les instituts nationaux de la santé (NIH). L'un des instituts, l'Institut national du cancer, verse 8 \$ par personne pour épauler la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse. Ainsi, aux États-Unis, le gouvernement fédéral et le plus important organisme de lutte anticancéreuse non gouvernemental (la Société américaine du cancer) déboursent un total de 8,50 \$ par personne pour la recherche sur le cancer. À la différence du Canada,

plus de 90 pour cent des fonds consacrés à la recherche sur le cancer aux États-Unis proviennent de l'organisme gouvernemental (l'Institut national du cancer). De plus, on estime que dans les deux pays, la contribution de l'industrie à la recherche biomédicale est plus ou moins équivalente aux crédits affectés par le gouvernement fédéral à la recherche biomédicale.

De toute évidence, le problème n'est pas simplement celui de l'insuffisance du financement de la lutte contre le cancer du sein et de la recherche sur ce type de cancer. Le véritable problème est celui de l'insuffisance des fonds affectés à la lutte anticancéreuse et à la recherche sur le cancer en général. C'est surtout la population canadienne, par ses dons, qui sont trois fois plus élevés par habitant que ceux de la population américaine, aux organismes comme la Société canadienne du cancer et la Course Terry Fox, qui porte le fardeau en ce qui concerne la lutte anticancéreuse et la recherche sur

le cancer. Par contre, le gouvernement américain offre à la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse une aide financière directe huit fois plus élevée, par habitant, que celle du gouvernement canadien.

En conclusion, nous recommandons vivement que le gouvernement fédéral affecte davantage de fonds directement à la recherche sur le cancer, et à la recherche biomédicale en général. De plus, nous recommandons que le gouvernement envisage d'adopter une loi qui encourage l'industrie à appuyer la recherche sur le cancer au Canada au moyen de différents types d'incitation, tels que des dégrèvements fiscaux axés sur l'atteinte d'objectifs précis. Voilà le genre d'initiative qui permettra d'établir au Canada une industrie biomédicale forte et fondée sur la coopération.

Encore une fois, je désire remercier le sous-comité de m'avoir donné l'occasion, dans le cadre de son étude du

cancer du sein, d'attirer son attention sur les activités, procédures et priorités de l'Institut. Le sous-comité a maintenant la possibilité de porter à la connaissance des membres du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine et des députés de la Chambre des communes, l'ensemble des problèmes reliés au cancer du sein. L'Institut vous encourage à vraiment approfondir la question. Le gouvernement fédéral du Canada doit accroître considérablement son appui à la recherche biomédicale, à la recherche sur le cancer et à la lutte anticancéreuse au Canada, non seulement en augmentant le niveau de son aide financière directe, mais aussi en encourageant l'industrie à être plus généreuse au moyen de mesures incitatives.

L'Institut national du cancer du Canada est prêt à assurer la répartition des fonds de façon à garantir l'optimisation des ressources pour la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse. Il faut, pour garantir au Canada un haut calibre de lutte anticancéreuse et de recherche sur le cancer que les

crédits affectés à ces activités soient amplifiés et
l'Institut remercie le sous-comité de son action dans ce
sens.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes
sentiments les meilleurs.

D^r J. David Beatty

Directeur exécutif

**Comparaison des dépenses au Canada et aux États-Unis
au titre de la recherche sur le cancer (par habitant)**

	Canada	États-Unis
Organismes privés non gouvernementaux	1,60 \$ (INCC)	0,50 \$ (SAC)
Organismes du gouvernement fédéral		
Recherche biomédicale	10 \$ (CRM, SBSC)	75 \$ (NIH)
Recherche sur le cancer	1 \$ (CRM, SBSC)	8 \$ (INC-US)
TOTAL (Recherche sur le cancer)	2,60 \$ (canadiens)	8,50(américains)

INCC	Institut national du cancer du Canada
SAC	Société américaine du cancer
SRM	Conseil de recherches médicales
SBSC	Santé et Bien-être social Canada
NIH	National Institute of Health (Institut national de la santé)
INC-US	Institut national du cancer - États-Unis

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

**K1A 0S9
Ottawa**

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES:

From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada:

Gordon Postlewaite, Executive Director and Secretary Treasurer, Health Research Foundation;

Leonora F. Marks, Director of Publications.

From the Canadian Society for Clinical Investigation:

Dr. Michael Rieder, Director.

TÉMOINS

De l'Association canadienne de l'industrie du médicament:

Gordon Postlewaite, directeur exécutif et secrétaire trésorier, Fondation pour la recherche en sciences de la santé;

Leonora F. Marks, directeur des publications.

De la Société canadienne de recherches cliniques:

D^r Michael Rieder, directeur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Tuesday, May 19, 1992

Chairman: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le mardi 19 mai 1992

Présidente: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Main Estimates 1992-93: Vote 35 under
EMPLOYMENT AND IMMIGRATION (Status of
Women Canada)

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1992-1993: crédit 35 sous
la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION (Condition
féminine Canada)

APPEARING:

The Hon. Mary Collins, Minister Responsible for the
Status of Women

COMPARAÎT:

L'hon. Mary Collins, ministre responsable de la situation
de la femme

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidente: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-Comité

Christine Fisher

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, February 27, 1992:

Pursuant to Standing Order 81(6), on motion of Mr. Loiselle, seconded by Mr. Danis, it was ordered,—That the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1993, laid upon the Table earlier this day, be referred to the several Standing Committees of the House as follows:

To the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

**Employment and Immigration,
Votes 25 and 35**

ATTEST

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi 27 février 1992:

Conformément à l'article 81(6) du Règlement, sur motion de M. Loiselle, appuyé par M. Danis, il est ordonné,—Que le Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1993, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit renvoyé aux divers Comités permanents de la Chambre, comme suit:

Au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

**Emploi et immigration,
crédits 25 et 35**

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 19, 1992
(24)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 10:00 o'clock a.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Dawn Black and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

Appearing: The Honourable Mary Collins, Minister Responsible for the Status of Women.

Witnesses: From Status of Women Canada: Kay Stanley, Coordinator, Louise Bergeron-de Villiers, Deputy Coordinator.

The Order of Reference dated Thursday, February 27, 1992 relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1993, being read as follows:

Ordered, —That Votes 25 and 35 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Sub-Committee commenced consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 27, 1992 relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1993.

The Chair called Vote 35 under EMPLOYMENT AND IMMIGRATION (Status of Women Canada).

The Minister made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

At 11:30 o'clock a.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

CHRISTINE FISHER

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 19 MAI 1992
(24)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 10 heures, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Comparait: L'honorable Mary Collins, ministre responsable de la situation de la femme.

Témoins: De Condition féminine Canada: Kay Stanley, coordonnatrice; Louise Bergeron-de Villiers, coordonnatrice adjointe.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du jeudi 27 février 1992, portant sur l'étude du Budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1993:

Il est ordonné,—Que les crédits 25 et 35, sous la rubrique EMPLOI ET IMMIGRATION, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

Conformément à son mandat du jeudi 27 février 1992, le Sous-comité entreprend d'étudier le Budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1993.

Le président appelle: crédit 35, Condition féminine Canada, EMPLOI ET IMMIGRATION.

La ministre fait une déclaration, puis elle-même et les témoins répondent aux questions.

À 11 h 30, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 19, 1992

• 1002

The Chairman: I call the meeting to order.

Madam Minister, I would like to welcome you to the committee. If you would like to make your presentation, then we can proceed.

Hon. Mary Collins (Associate Minister of National Defence and Minister Responsible for the Status of Women): Thank you very much, Madam Chair.

I am very pleased to be with you again this year to speak about the 1992-93 Main Estimates for Status of Women. I have some opening remarks, which will provide some background of some of the things we are involved in this year.

I am joined again today by my two senior officials from the department, Kay Stanley, Co-ordinator, Status of Women Canada, and Louise Bergeron-de Villiers, Deputy Co-ordinator.

Before taking your questions, I would like to take a few minutes to speak about our department's role, its achievements in the past year, and our plans for the 1992-93 fiscal year.

La mise en application du plan de travail du gouvernement fédéral à l'égard des femmes suppose l'atteinte de quatre grands objectifs, afin de réaliser l'égalité des femmes. Ce sont la justice sociale, l'égalité économique, la participation et l'accès, ainsi que l'égalité globale pour les femmes. Ces objectifs sont également les piliers de travail de Condition féminine Canada pour la femme.

Dans le secteur de la justice sociale, je me dois de préciser que le problème le plus important à mon calendrier de priorités en tant que ministre responsable de la Condition féminine demeure la violence faite aux femmes.

Over the past year we have provided leadership on a number of domestic and international fronts in an effort to move forward toward the eradication of violence against women.

• 1005

Here in Canada, as you are aware, one of the most important initiatives has been the creation of the Canadian Panel on Violence Against Women, announced by the Prime Minister in the Speech from the Throne last May. The panel was named last August and, along with a four-member aboriginal circle, is currently conducting an in-depth national inquiry into violence against women in all its dimensions.

The panel's terms of reference stipulate that we will receive their final report approximately December 1992, although it may go into early 1993. I will subsequently table that report in the House of Commons. Therefore, the 1992-93 estimates include the resources required by the Canadian Panel on Violence Against Women.

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 19 mai 1992

La présidente: La séance est ouverte.

Madame la ministre, bienvenue devant notre comité. Si vous voulez bien faire votre présentation, nous passerons ensuite à la discussion.

L'honorable Mary Collins (ministre associée de la Défense nationale et ministre responsable de la situation de la femme): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je suis très heureuse de vous rencontrer encore cette année pour discuter du budget des dépenses principal de 1992-1993 de Condition féminine Canada. J'ai une déclaration préliminaire qui situera pour vous certaines des mesures que nous avons prises cette année.

Je suis accompagnée aujourd'hui encore par deux cadres supérieurs du ministère, à savoir Kay Stanley, coordonnatrice, Condition féminine, et Louise Bergeron-de Villiers, coordonnatrice adjointe.

Avant de répondre à vos questions, j'aimerais prendre quelques minutes pour vous préciser le rôle du ministère, ses réalisations de l'année écoulée et ses plans pour l'exercice 1992-1993.

In implementing the federal government's work plan for women, there are four broad goals that must be reached to achieve women's equality. These are social justice, economic equality, participation and access, and global equality for women. These goals are also the pillars of Status of Women Canada's work for women.

Beginning in the area of social justice, I want to convey that the most important issue on my own agenda as Minister Responsible for the Status of Women continues to be violence against women.

Au cours de l'année, nous avons fait preuve de leadership sur divers fronts, tant au Canada que sur le plan international, dans un effort pour parvenir à l'élimination de la violence faite aux femmes.

Ici au Canada, comme vous le savez, une des plus importantes initiatives a été la création du Comité canadien sur la violence faite aux femmes, initiative annoncée par le premier ministre dans son discours du Trône en mai dernier. Le comité a été créé en août dernier et, de concert avec un cercle autochtone de quatre membres, il mène actuellement une enquête nationale approfondie sur la violence faite aux femmes, dans toutes ses dimensions.

En vertu de son mandat, le comité doit me remettre un rapport final en décembre 1992, mais cela pourrait aller au début de 1993. Je présenterai ensuite le rapport à la Chambre des communes. En conséquence, le Budget des dépenses 1992-1993 englobe les ressources dont a besoin le Centre canadien sur la violence faite aux femmes.

[Text]

In phase one of the panel's work, which is now in its closing stages, the nine members of the panel, along with the aboriginal circle, met with Canadians in over 130 communities across Canada to gather women's stories of the many forms of violence and the suggested solutions to the problem. A report on this phase of the panel's work is expected by the end of June. The panel will then move to the next phase of its mandate, with further focused public consultations with key groups communities and leaders, as potential solutions are refined and tested.

The panel is also looking at the research that has been done across the country on this issue and is pulling this information together as a comprehensive resource for the future. At the end of this process, the panel will be in a position to integrate its findings into a final report, which will recommend a national action plan to end violence against women.

While the work of the panel is under way, the government has also been proceeding in a number of other areas concerning violence against women in Canada. Last year, in collaboration with the provincial and territorial Status of Women offices, Status of Women Canada played a major role in the development of *Building Blocks: Framework for a National Strategy on Violence Against Women*. This document was adopted by the federal, provincial, and territorial ministers responsible for the status of women, at their annual meeting in June of 1991.

The strategy outlined in *Building Blocks* includes initiatives in the areas of prevention, public and professional education, public safety practices, enforcement, offenders' programs, and assistance to victims. In June of this year, indeed next month, we will be meeting again to discuss our progress in implementing this strategy.

Our department has also played the lead role in co-ordination of the federal government's response to the report that this subcommittee has done, *The War Against Women*. The government's response, entitled *Living Without Fear...Every Woman's Right, Everyone's Goal*, was tabled in the House of Commons last November. It reaffirms our commitment to achieve a goal of zero tolerance of violence in our society. *Living Without Fear* outlines the federal government's existing and planned strategies to address violence against women. These include a commitment to preventative action, such as the development of a framework for a national public education campaign.

In the international community, Canada is regarded as a leader in addressing the global dimensions of violence against women. In March of 1991, at the 35th session of the UN Commission on the Status of Women in Vienna, Canada introduced a resolution calling for a United Nations expert group meeting on violence against women. Canada was a major financial contributor, in addition to our efforts on the substantive items, which led to the success of this expert

[Translation]

La première phase de ses travaux, qui touche actuellement à sa fin, a amené le comité de neuf membres et le cercle autochtone à rencontrer les Canadiennes et les Canadiens dans plus de 130 collectivités au pays, afin d'entendre des femmes raconter leurs expériences des nombreuses formes de violence et les solutions préconisées au problème. Le rapport sur cette phase des travaux du comité devrait être prêt fin juin. Le comité amorcera alors la deuxième phase de son mandat, par d'autres consultations publiques plus ciblées auprès de groupes clés, de collectivités et de dirigeants, pour mieux formuler et vérifier les solutions potentielles.

Le comité analyse en outre la recherche effectuée sur cette question dans l'ensemble du pays et collige ces renseignements pour en faire une ressource globale pour l'avenir. À terme, le comité sera à même d'intégrer ses constatations en un rapport définitif où il recommandera un plan national d'action pour mettre fin à la violence faite aux femmes.

Tandis que le comité poursuit ses travaux, le gouvernement est allé de l'avant dans un certain nombre d'autres domaines qui touchent la violence faite aux femmes. L'an dernier, en collaboration avec les bureaux provinciaux et territoriaux de la condition féminine, Condition féminine Canada a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de *Forger des alliances: Plan d'action pour une stratégie nationale contre la violence faite aux femmes*. Les ministres provinciaux/territoriaux responsables de la condition féminine ont adopté le document à leur assemblée annuelle de juin 1991.

La stratégie dégagée dans *Forger des alliances* comporte des initiatives dans les domaines de la prévention, de l'éducation du public et des professionnels, des pratiques de sécurité publique, de l'exécution, des programmes pour les contrevenants et de l'aide aux victimes. En plus, en juin de cette année, les ministres se rencontreront à nouveau pour discuter des progrès réalisés dans la mise en application de la stratégie.

Le ministère a de plus joué un rôle de premier plan dans la coordination de la réponse du gouvernement fédéral au rapport de votre sous-comité intitulé *La guerre contre les femmes*. La réponse du gouvernement, dont le titre est *Vivre sans peur...Un but à atteindre, un droit pour toute femme*, a été déposé à la Chambre des communes en novembre dernier. Ce document réaffirme notre engagement à parvenir à l'objectif «tolérance zéro» à l'égard de la violence dans notre société. Dans *Vivre sans peur*, le gouvernement fédéral expose ses initiatives actuelles et les stratégies envisagées pour contrer la violence faite aux femmes, notamment son engagement envers l'action préventive, par exemple l'élaboration d'un cadre de travail visant une campagne nationale d'éducation publique.

Sur la scène internationale, le Canada fait figure de chef de file pour ce qui est de régler les dimensions globales de la violence faite aux femmes. En mars 1991, à la 35^e session de la Commission de la situation de la femme des Nations Unies, à Vienne, le Canada a présenté une résolution prévoyant une réunion d'un groupe d'experts sur la violence faite aux femmes. Le Canada a été l'un des principaux bailleurs de fonds, en plus de cibler son activité sur des

[Texte]

group meeting. The group recommended that the UN develop a declaration on violence against women. That recommendation was adopted at the most recent session of the United Nations commission this year. If the UN Economic and Social Council agrees, a drafting group open to government representatives of all UN member and observer countries will be convened in late August to develop the declaration on violence against women.

While on the subject of global equality for women, I would also like to mention that we are working with the Canadian Secretariat of the United Nations Conference on Environment and Development coming up this June. A working group on women and the environment, composed of government and non-governmental representatives, has contributed significantly to the work of the Canadian delegation to the preparatory committee meetings for the Earth Summit to ensure that women's role is placed on the global environmental agenda.

I'd like to mention another area of endeavour for Status of Women Canada over the past year—our work to achieve economic equality for women. There can be no doubt, as we all know, that the Canadian economy is facing enormous challenges as it restructures to meet the demands of the global marketplace. There was further evidence that women's multiple contributions to the economy, both paid and unpaid, must be carefully factored into the structural adjustment process to ensure its success and to ensure an equitable sharing of the costs and benefits of economic transition.

• 1010

In October 1991, in recognition of the need for work in this area, a Canadian initiative resulted in Commonwealth heads of government adopting the Ottawa Declaration on Women and Structural Adjustment. Here at home, ministers responsible for the status of women endorsed a reference document entitled *Equality for Women in the 1990s* at our 1991 annual meeting. Status of Women Canada agreed to follow up this work through research on how structural changes to the economy affect women. An issues paper on economic restructuring and its effects on women will be tabled at the annual conference of ministers responsible for the status of women next month in Whitehorse.

Two issues will be pivotal in ensuring that women contribute fully to the economy and are able to enjoy the fruits of their contribution. One is the question of integrating work and family responsibilities. In this fiscal year, Status of

[Traduction]

aspects importants qui ont abouti au succès de la rencontre de ce groupe d'experts. Le groupe a recommandé aux Nations Unies d'élaborer une déclaration sur la violence faite aux femmes. Cette recommandation a été adoptée à la séance la plus récente de la Commission des Nations Unies cette année. Si le Conseil économique et social des Nations Unies est d'accord, un groupe de rédacteurs, ouvert aux représentants gouvernementaux de tous les membres des Nations Unies et des pays observateurs se réunira fin août pour élaborer une déclaration sur la violence faite aux femmes.

Puisque nous parlons de l'égalité des femmes sur le plan mondial, j'aimerais également ajouter que nous travaillons de concert avec le Secrétariat canadien de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement qui aura lieu en juin. Un groupe de travail sur les femmes et l'environnement composé de représentants gouvernementaux et non gouvernementaux a apporté une contribution considérable au travail de la délégation canadienne aux réunions du comité préparatoire du Sommet de la Terre en veillant à ce que le rôle des femmes soit incorporé au programme mondial touchant les questions d'environnement.

Permettez-moi de passer maintenant à un autre grand secteur d'activités de Condition féminine Canada au cours de l'année écoulée, soit notre travail afin de parvenir à l'égalité économique des femmes. Personne n'ignore que l'économie canadienne doit relever des défis énormes et se restructurer pour réagir aux exigences de la mondialisation des marchés. C'est une autre preuve que les multiples contributions des femmes à l'économie, payées et non payées, doivent être soigneusement intégrées au mécanisme d'adaptation structurelle, pour en garantir le succès et veiller à ce qu'il y ait un partage équitable des coûts et des avantages de la transition économique.

En octobre 1991, le Canada, reconnaissant la nécessité de travailler dans ce domaine, a pris une initiative qui a abouti à l'adoption, par les chefs de gouvernement du Commonwealth, de la déclaration d'Ottawa sur les femmes et l'ajustement structurel. Ici au pays, les ministres responsables de la Condition féminine ont adopté un document de référence intitulé *Egalité pour les femmes dans les années 1990*, à leur réunion annuelle de 1991. Condition féminine Canada a convenu de donner un suivi à ce travail en effectuant des recherches à propos de l'effet, sur les femmes, des changements structurels de l'économie. Un document de réflexion sur la restructuration économique et ses effets sur les femmes sera déposé à la conférence annuelle des ministres responsables de la Condition féminine, le mois prochain, à Whitehorse.

Deux questions doivent être réglées, si nous voulons que les femmes apportent leur contribution pleine et entière à l'économie et puissent bénéficier des fruits de leur participation. La première touche l'intégration du travail et

[Text]

Women Canada will continue to work with federal departments and report on progress in implementing the Strategy for the Integration of Work and Family Responsibilities, which was adopted by first ministers in 1989.

Among other initiatives, Status of Women Canada has co-sponsored with the Department of Justice the development of two economic models: one to calculate women's loss of earning capacity when assuming family responsibilities and the other to assist judges and lawyers in calculating spousal support in cases of divorce.

Another issue that must be addressed in order to achieve economic equality in a restructured economy is the question of career access and training. Under the theme of educating girls and women for the 21st century, ministers responsible for the status of women met with ministers of education last September. We agreed on strategies to promote the increased participation of girls and women in mathematics, science and technology.

In our endeavours to help women prepare for the challenges of the restructured economy, we are careful to take into consideration women who have special needs and perspectives. Canada's aboriginal women have made significant contributions to their communities. This year we will continue to collaborate with other departments in support of the Economic Development for Canadian Aboriginal Women Steering Committee—it was established almost two years ago—as it works to advance the economic status of aboriginal women. On behalf of the federal government, Status of Women Canada works with aboriginal women leaders in the administration of this initiative.

Immigrant women also require special assistance in order to help them meet the challenges of Canadian society. In this fiscal year, Status of Women Canada will work with the Department of Multiculturalism and Citizenship, the Women's Program of the Department of Secretary of State, and the Mental Health Division of Health and Welfare Canada to prepare materials on equality for immigrant women in Canadian society.

Madam Chair, women in Canada are experiencing immense challenges as we continue to work towards equality. These challenges provide new opportunities for those who acquire the education, training and retraining required to be competitive in today's labour market. Women's full equality also depends on the removal of barriers imposed by violence against women. And women's access to equality is linked to the resolution of the imbalance between work and family responsibilities.

In the coming year, Status of Women Canada will continue to advance women's equality, the development of our partnerships, and our monitoring of the Government of Canada's initiatives that concern women.

Thank you, Madam Chair and members. Welcome, Mrs. Anderson. I would be pleased to respond to any questions you may have.

[Translation]

des responsabilités familiales. Au cours du présent exercice, Condition féminine Canada continuera à travailler avec les ministères fédéraux et fera rapport sur les progrès dans la mise en application de la stratégie d'harmonisation des responsabilités professionnelles et familiales, adoptée par les premiers ministres en 1989.

Condition féminine a, parmi d'autres initiatives, coparrainé avec le ministère de la Justice l'élaboration de deux modèles économiques: l'un visant à calculer la perte de capacité de gains des femmes, lorsqu'elles assument des responsabilités familiales, et l'autre visant à aider les juges et les avocats à fixer le montant des pensions alimentaires dans les cas de divorce.

Autre aspect à régler afin de parvenir à l'égalité économique dans une économie restructurée: la question de l'accès à la carrière et la formation professionnelle. Sous le thème «La formation des filles et des femmes: son importance pour l'économie canadienne au XXI^e siècle», les ministres responsables de la Condition féminine ont rencontré les ministres de l'éducation, en septembre dernier. Nous avons convenu d'initiatives pour promouvoir une participation accrue des filles et des femmes en mathématiques, en sciences et en technologie.

Dans ce que nous entreprenons pour aider des femmes à se préparer à relever les défis d'une économie restructurée, nous veillons à tenir compte des femmes qui ont des besoins particuliers et des perspectives spéciales. Les autochtones canadiens ont apporté beaucoup à leurs collectivités. Cette année, nous continuerons à collaborer avec d'autres ministères à l'appui du Comité national de direction de femmes autochtones du Canada et développement économique (FACDE), créé il y a près de deux ans et qui travaille à faire progresser la situation économique des femmes autochtones. Au nom du gouvernement fédéral, les représentants de Condition féminine Canada travaillent avec les dirigeantes d'autochtones à l'administration de cette initiative.

Les immigrantes ont également besoin d'une aide spéciale afin de mieux relever les défis de la société canadienne. Au cours du présent exercice, Condition féminine Canada collaborera avec le ministère du Multiculturalisme et de la Citoyenneté, le Programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État et la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada, afin de préparer des documents sur l'égalité des immigrantes dans la société canadienne.

Madame la présidente, les Canadiennes font face à des défis énormes dans leur lutte pour l'égalité. Ces défis offrent des possibilités nouvelles à celles qui acquièrent la scolarité, la formation et le recyclage nécessaires pour être concurrentielles sur le marché actuel du travail. L'égalité entière des femmes dépend en outre de l'élimination des obstacles imposés par la violence à leur endroit. De plus, l'accès des femmes à l'égalité est lié à l'élimination des conflits entre le travail et les responsabilités familiales.

Dans l'exercice qui vient, Condition féminine Canada continuera à faire progresser l'égalité des femmes par le développement de nos partenariats et de nos activités de surveillance des initiatives fédérales qui touchent les femmes.

Merci, madame la présidente et membres du comité. Bienvenue, madame Anderson. Si vous avez des questions à poser, j'y répondrai avec plaisir.

[Texte]

Ms Dawn Black (New Westminster—Burnaby): I welcome the minister to the status of women subcommittee. I appreciate your presentation. I have a number of questions, but I probably won't get through them all.

You mentioned the panel on violence against women that is currently touring the country and hearing from women's organizations and women who have been working at the grassroots level on violence against women. I know there have been some administrative difficulties within the panel. When will a new executive director be appointed? What are your criteria for choosing that executive director? Then I will perhaps make a suggestion that if the panel in fact is operating at arm's length from the government and is an independent panel, why not allow the panel members to choose the executive director for the panel on violence against women?

• 1015

Mrs. Collins: I'll make some comments and Kay might, too. The panel is at arm's length in terms of policy and how they go about doing the work. They are, however, in terms of their budget and administrative procedures, part of Status of Women Canada and report to them. They have to comply with the government Treasury Board standards and accounting procedures and all that part of the administrative structure. Ideally, we would like to have people on the administrative side who are familiar with government procedures and can ease that. They have an interim administrator who is doing that at the moment. In terms of the selection of the executive director though, in fact it is the two co-chairs who will have the final say on that.

Ms Black: So they'll make a recommendation to you and you will endorse that?

Mrs. Collins: Kay has been trying to find people for them to consider and in that sort of a process they are going through they have met several people. Some have not been available because it is a short-term period of time.

Ms Black: And the criteria?

Mrs. Collins: The criteria are to manage the secretariat. That's of course a key part of it, because the members of the panel are supposed to be out there doing the contact with groups, developing their ideas and recommendations and they really want to rely on the secretariat to do the day-to-day management of that function. It's also perceived that the executive director would do linkages back into government to help prepare the way. Once they come to the end of the process, our hope is that there will be enough understanding and support within government that we can move forward.

Ms Black: Can I suggest that a criteria that should be considered is some experience in women's issues and the whole field of violence against women? I think perhaps it was one of the breakdowns of the previous administration that there wasn't that background, there wasn't an understanding.

[Traduction]

Mme Dawn Black (New Westminster—Burnaby): Bienvenue, madame la ministre, au Sous-comité de la condition féminine. J'ai un certain nombre de questions, mais je n'aurai probablement pas le temps de toutes les poser.

Vous avez mentionné le Comité sur la violence faite aux femmes qui tient à l'heure actuelle des audiences dans tout le pays pour entendre les femmes et les associations féminines qui luttent à la base contre la violence faite aux femmes. Je sais que le comité a eu des problèmes d'ordre administratif. Quand le nouveau directeur exécutif sera-t-il nommé? Et quels sont vos critères de sélection? Ensuite, si le Comité sur la violence faite aux femmes est véritablement indépendant du gouvernement je suggérerais que les membres choisissent eux-mêmes leur nouveau directeur exécutif.

Mme Collins: Je ferai quelques observations sur cette question et Kay voudra peut-être ajouter quelque chose. Le comité est indépendant sur le plan de la politique et de l'organisation de son travail. Toutefois, pour ce qui est de son budget et de ses procédures administratives, il fait partie de Condition féminine Canada et doit nous présenter des rapports. Il doit respecter les normes et les pratiques comptables du Conseil du Trésor ainsi que les règles relatives à la structure administrative. Idéalement, nous aimerions que les gestionnaires connaissent les procédures gouvernementales de manière à pouvoir faciliter l'administration. Il y a, à l'heure actuelle, un administrateur intérimaire qui s'en charge. Pour ce qui est du choix du nouveau directeur exécutif, c'est en fait les deux coprésidents qui auront le dernier mot.

Mme Black: Ainsi, ils vous recommanderont un candidat que vous accepterez?

Mme Collins: Kay s'est efforcée de préparer une liste de candidats à leur soumettre et ils ont déjà rencontré plusieurs personnes dans le cadre de ce processus de sélection. Certaines de ces personnes ne sont pas disponibles car il s'agit d'un poste d'une durée assez courte.

Mme Black: Et les critères?

Mme Collins: L'un des critères est d'avoir les compétences nécessaires pour gérer un secrétariat. C'est, bien entendu, un facteur essentiel, car les membres du comité sont censés rencontrer des groupes, réfléchir à leurs positions et préparer des recommandations; ils veulent donc pouvoir se fier au secrétariat pour s'occuper de la gestion quotidienne. On compte également que le directeur exécutif établira des liens avec le gouvernement pour préparer la voie. Lorsque le comité aura rempli son mandat, nous espérons que le gouvernement connaîtra et appuiera suffisamment les résultats de ces efforts pour que nous puissions leur donner suite.

Mme Black: Puis-je me permettre de suggérer que l'un des critères devrait être une certaine expérience des questions féminines et une connaissance du problème de la violence faite aux femmes? Je pense que l'une des faiblesses de l'ancienne administration est qu'elle n'avait peut-être pas cette expérience, ces connaissances.

[Text]

Mrs. Collins: No, I think that's important too, and so it's a question of trying to find someone who combines all those qualities. Kay, I don't know whether you'd like to add anything to that since you've been working on this as well.

Ms Kay Stanley (Co-ordinator, Status of Women Canada): Just to underscore, Minister, at the point at which we envisioned the secretariat for the panel, we saw this position very much as one that would be filled by a bureaucrat because of the numerous responsibilities, not only to Treasury Board but to even access to information, etc., so knowledge of the system of government and how government works was very important.

When it comes to expertise on the issue of violence against women, we have a plethora of riches in the members of the panel, the aboriginal circle and in the larger advisory committee that serves it.

Ms Black: In the day-to-day workings of the panel, there have been some breakdowns because there hasn't been that kind of understanding of how things are.

Ms Stanley: I think sensitivity to the issues certainly rates very high on the list.

Ms Black: In the estimates on page 17, it talks about the national public education campaign on preventing violence against women. I think that was in some ways in response to the report of this committee: *The War Against Women*. I wonder if you could be more specific about that and whether or not you would consult with the Ontario government, which has just had a really successful education campaign on wife assault and has just started one now on sexual assault. I have seen some very strong ads in the television media.

Also, the government has already limited funding for shelters for battered women through the Canada Assistance Plan. I think the Province of Ontario on its own is losing around a billion dollars in payments through CAP, which was the federal/provincial funding mechanism for assisting battered women. I want to ask, Minister, how does this fit in with your stated commitment in the estimates to end violence against women?

Mrs. Collins: We have been working very carefully, I think, on the public education program. There are a lot of things going on at the provincial levels and other levels and we don't want to just spend money and duplicate what's being done or create a situation indeed as this committee, I think in your report, indicated, that creates a demand that can't be responded to effectively.

• 1020

We have been doing some research work in terms of discovering what are some of the areas that haven't received the attention, particularly on prevention, on which we might focus at the federal level and wouldn't conflict with what people are doing at provincial levels.

[Translation]

Mme Collins: En effet, je pense que c'est important aussi et il s'agit donc de trouver quelqu'un qui réunit toutes ces qualités. Kay, voulez-vous ajouter quelque chose puisque vous vous êtes également occupée de cette question.

Mme Kay Stanley (coordonnatrice, Condition féminine Canada): Je tiens simplement à souligner, madame la ministre, que lorsque nous avons envisagé de créer un secrétariat pour le comité, nous étions convaincus que ce poste devait être occupé par un bureaucrate étant donné les nombreuses responsabilités, non seulement envers le Conseil du Trésor, mais également en matière d'accès à l'information, etc., de sorte qu'il était très important de trouver quelqu'un qui connaissait l'appareil gouvernemental et son fonctionnement.

Pour ce qui est des compétences spécialisées en matière de violence faite aux femmes, nous sommes plus que comblés par les membres du comité, du Cercle autochtone et de l'important comité consultatif à son service.

Mme Black: Il y a eu des défaillances dans le fonctionnement quotidien du comité parce que l'administration ne connaissait pas bien la situation.

Mme Stanley: Je pense que le fait d'être sensibilisé à ces problèmes se place très haut sur la liste des critères.

Mme Black: Dans le budget des dépenses, à la page 17, il est question d'une campagne nationale de sensibilisation du public qui visera à prévenir la violence faite aux femmes. Je pense que cette campagne fait suite en quelque sorte au rapport de ce comité: *La guerre contre les femmes*. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur cette campagne et nous dire également si vous avez consulté ou non le gouvernement de l'Ontario qui dernièrement a lancé, avec beaucoup de succès, une campagne de sensibilisation à la violence conjugale et qui vient tout juste d'en entreprendre une autre sur l'agression sexuelle. J'ai vu, à la télévision, des messages très frappants.

En outre, le gouvernement a déjà restreint les ressources du Régime d'assistance publique du Canada qui servaient à financer des refuges pour femmes battues. Je pense qu'à elle seule l'Ontario perd environ 1 milliard de dollars de transferts du RAPC qui était le mécanisme de financement fédéral-provincial pour les programmes d'aide aux femmes battues. J'aimerais que vous me disiez, madame la ministre, comment vous pouvez concilier cela avec l'engagement que vous prenez dans le Budget des dépenses principal de mettre fin à la violence faite aux femmes?

Mme Collins: Nous avons, je pense, préparé très soigneusement le programme de sensibilisation du public. Les provinces et d'autres organismes font déjà beaucoup de choses et nous ne voulions pas dépenser de l'argent pour reproduire ce qu'ils font ou pour créer une situation contre laquelle votre comité, je crois, nous mettait en garde dans son rapport, c'est-à-dire de susciter une demande à laquelle nous ne pourrions pas répondre efficacement.

Nous avons fait du travail de recherche afin de voir quels domaines n'ont pas reçu l'attention voulue particulièrement en matière de prévention au niveau fédéral; de plus nous ne voulons pas marcher sur les plates-bandes des provinces.

[Texte]

We are in the process of that work and I hope to take that to the provincial ministers in June at our meeting and discuss it with them, as well as hear from them the results of their campaigns. Ontario has had one. Some other provinces have been doing a number of things over the past year, and we will get their views as well.

One of the areas we have been looking at is focusing on trying to change attitudes. One of the target audiences—perhaps not dissimilar to the most recent Ontario campaign—is young men, focusing on their attitudes. The Ontario campaign was dealing specifically with sexual consent, really much like the new law. I thought it was very interesting.

Ms Black: The current campaign, yes.

Mrs. Collins: The current campaign.

Ms Black: The previous one was on wife assault.

Mrs. Collins: Yes. That is where our research has been leading us. That is an area on which we might want to focus. I will be having discussions with provincial colleagues and others over the next few months, and we hope we can get something developed for the fall.

Ms Black: In the committee report that we produced at this subcommittee level, *The War Against Women*, we recommended that funding for services to battered women be increased to match the demand. We made those recommendations knowing the financial situation, but knowing that the demand so exceeded the services that were available, and violence against women is at such a crisis and of such a dimension in our society, we felt action had to be taken immediately.

The *Living Without Fear* response did not commit the government to any increased funding even to meet the current needs. How is this situation going to be resolved, and when will there be a dollar commitment from the government to address the very real needs of women who are being battered today, right now, the ones who are being turned away from shelters across the country?

Mrs. Collins: The major initiative is the family violence initiative, the \$136 million initiative through Health and Welfare, other than through the Canada Assistance Plan, which is of course the vehicle that is used for ongoing support, shared cost support, with provinces.

Under the family violence initiative there is a component through CMHC dealing with housing shelters and second stage housing, and the new program is under way for the next few years to provide support in that area. Through the family violence initiative there is a whole range of projects, and I can certainly provide the committee with information on that through Health and Welfare, a sort of spin put out of all the different kinds of projects they are funding. They cover prevention, education, working with offenders programs—

[Traduction]

C'est ce que nous faisons donc à l'heure actuelle et j'espère pouvoir discuter de cette question au cours de la réunion de juin avec les ministres provinciaux. Je pourrai à cette occasion également être informée du résultat de leurs campagnes. L'Ontario a eu une campagne de ce genre. D'autres provinces ont fait différentes sortes de choses au cours de la dernière année et nous obtiendrons donc une bonne perspective de tout ce qui se fait en ce domaine.

Nous avons également essayé de modifier les attitudes. Un des groupes cibles est notamment les hommes jeunes—ce qui est assez semblable à ce qui a été fait au cours de la récente campagne en Ontario. Cette campagne portait précisément sur le consentement sexuel, en fait comme dans la nouvelle loi; c'est assez intéressant.

Mme Black: Vous parlez de la campagne actuelle.

Mme Collins: Oui.

Mme Black: La campagne précédente portait sur la violence conjugale.

Mme Collins: Oui. C'est à cela que nous a mené notre recherche et c'est un domaine sur lequel nous voudrions peut-être nous pencher. Au cours des prochains mois, j'aurai des discussions avec mes homologues provinciaux et d'autres personnes et nous espérons avoir décidé quoi faire cet automne.

Mme Black: Le rapport du Sous-comité intitulé «La guerre contre les femmes» recommandait une augmentation du financement des services offerts aux femmes battues afin de tenir compte de la demande en ce domaine. Nous avons fait ces recommandations en connaissant la situation financière et en sachant que cette demande dépasse de loin les services fournis et que la violence contre les femmes atteint de telles proportions que des mesures doivent être prises immédiatement.

Le document «Vivre sans peur» n'a pas engagé le gouvernement à une augmentation du financement, même pour couvrir les besoins existants. Quand cette situation sera-t-elle résolue? Quand le gouvernement sera-t-il prêt à augmenter les contributions qui permettraient de répondre aux besoins très réels des femmes battues à l'heure actuelle et qui ne peuvent se trouver de place dans les maisons d'hébergement d'urgence de notre pays?

Mme Collins: Le gouvernement a lancé une initiative majeure, il s'agit de l'initiative fédérale de lutte contre la violence familiale. Cent trente-six millions de dollars ont été dégagés dans le cadre de cette initiative du ministère de la Santé et du Bien-être social. Sans compter évidemment le Régime d'assistance publique du Canada qui offre une aide permanente grâce à un programme partagé avec les provinces.

L'initiative fédérale de lutte contre la violence familiale comprend un volet relevant de la SCHL concernant les maisons d'hébergement d'urgence et de deuxième ligne. Ce nouveau programme sera réalisé au cours des prochaines années. Je pourrais également vous fournir les détails de cette initiative de lutte contre la violence familiale qui comporte toute une gamme de programmes couvrant notamment la prévention, l'éducation, les programmes qui s'adressent aux contrevenants, etc.

[Text]

Ms Black: But \$136 million doesn't even come close to matching what has been withdrawn by the government.

I have one small question about a specific situation. In the estimates there is discussion about the work of Status of Women and how they are there to ensure that the goals of women's equality are integrated into all federal government legislation, policies, programs and initiatives. There is a case in British Columbia of a woman, Christine Morrissey, who has had a long-term relationship with another woman, 14 years, who wanted to sponsor her partner to Canada as a landed immigrant and has been blocked at every level by the government and by government legislation.

She has now been left, in her opinion and the opinion of many others, with no other option but to go through the courts, through the Court Challenges program, I might add, which has now been eliminated, to try to change the legislation to allow her to sponsor her lifetime partner. What work has Status of Women Canada been doing to change the inequality that lesbian women face in this country in that type of situation, and many others besides?

Mrs. Collins: I think you are dealing there with the issue of family status and what constitutes family status. I am sure you are aware that is a very controversial issue. I don't think you would get a consensus on that [*Technical Difficulty—Editor*] within society, and there are a number of cases now in court that will provide some determination with respect to family status.

Family status now, whether it is male or female, does not recognize homosexual relationships in terms of federal legislation. It's not something we have been specifically involved with at Status of Women.

• 1025

In terms of other areas, though, whether it's, say, violence against women... certainly the concerns and needs of lesbian women are very much part of the work we do and the work the panel is involved in to ensure their particular concerns or situations are addressed.

In other areas, throughout our work, lesbian women's concerns would be addressed. But in terms of the family status issue, we have not specifically focused on that.

Ms Black: Can you make a recommendation to government on this?

Mrs. Collins: It's possible.

Mrs. Edna Anderson (Simcoe Centre): I have *The Citizen Valley* here: "What Will It Be, Mom? The Kids or the Job". I wonder whether you feel that the media is creating a rift between the moms who work outside the home and those who stay at home. They depict moms who work at home as ideal and those in the outside work force as being inferior.

Would you comment on this, please. I think the closing remark was that the tide has turned.

[Translation]

Mme Black: Mais ces 136 millions de dollars ne permettent même pas de compenser les sommes qui ont été retirées par le gouvernement.

J'aimerais maintenant vous poser une petite question sur une situation précise. Dans le budget, on parle du travail de Condition féminine Canada et de ses efforts en vue d'inscrire dans les différents lois, politiques, initiatives et programmes fédéraux un statut égal pour les femmes. En Colombie-Britannique, une femme, Christine Morrissey, qui a depuis 14 ans des rapports avec une autre femme a voulu parrainer celle-ci pour lui permettre d'obtenir le droit d'établissement en tant qu'immigrante. Or sa demande a été bloquée à tous les niveaux.

Cette personne se retrouve maintenant de son avis et de l'avis de beaucoup d'autres dans la situation où elle n'a pas d'autre choix que de défendre sa cause devant les tribunaux. Elle a décidé de le faire dans le cadre du Programme de contestation judiciaire que le gouvernement a maintenant supprimé. Elle veut faire modifier la loi pour lui permettre de parrainer sa partenaire de longue date. Condition féminine Canada a-t-il fait quoi que ce soit pour rectifier cette situation d'inégalité à laquelle font face les lesbiennes de notre pays dans ce genre de situation ainsi que d'autres personnes également?

Mme Collins: Vous abordez ici la question du statut familial. Vous n'ignorez pas qu'il s'agit là d'une question très controversée. Je ne crois pas que l'on puisse trouver de consensus au sujet de cette question au sein de la société. Différentes affaires pendantes devant les tribunaux permettront sans doute d'établir une certaine jurisprudence à ce sujet.

À l'heure actuelle, les rapports homosexuels, entre hommes ou femmes, ne sont pas considérés aux termes de la loi fédérale comme étant comparables aux rapports entre personnes mariées. Mais il ne s'agit pas là d'un domaine dont nous nous occupons particulièrement à Condition féminine Canada.

Il est certain cependant que nous tenons compte dans notre travail des préoccupations, des besoins, des situations précises des femmes et des lesbiennes, en ce qui concerne la violence qui peut leur être faite.

Nous nous occupons également des préoccupations des lesbiennes dans d'autres domaines de notre travail. Cependant, nous ne nous sommes pas attachés particulièrement à la question du statut familial.

Mme Black: Pourriez-vous présenter une recommandation au gouvernement à ce sujet?

Mme Collins: C'est possible.

Mme Edna Anderson (Simcoe-Centre): J'ai ici un exemplaire *The Citizen Valley* qui titre: «What will it be, Mom, the Kids or the Job»? J'aimerais savoir si, à votre avis, les médias sont en train de créer un clivage entre les femmes qui restent à la maison et celles qui vont travailler à l'extérieur. Dans cet article, on décrit les mères qui restent à la maison comme de vraies saintes et celles qui vont travailler à l'extérieur comme inférieures.

Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez. D'après les dernières remarques que j'ai entendues, il semblerait que la situation soit en train de changer.

[Texte]

Mrs. Collins: I'm not sure exactly which article that was, because there has been a spate of articles recently in the media talking about some of these issues. There was one I saw recently talking about the return to the June Cleaver kind of attitude of the 1950s. I just don't think that's real. It's not the reality of women's existence in society today.

I don't think it's very helpful at all to try to polarize women as being either women in the home or women in the work force. I'm sure for most of the women around this table, we do both. Sometimes they're sequential, sometimes they're at the same time.

In terms of how society regards women, it shouldn't be one or the other. Unfortunately, it's those kinds of attitudes that pit women against each other or they seem to be doing this. I think it is very destructive and unhelpful.

I've seen a number of letters to the editor in newspapers over the past few months. There was one in this month's *Chatelaine* that reiterated this at the end. . . let's get beyond this. . . that it has to be one group against the other. Let's look at the reality of women's lives. Let's find ways of supporting women in both of those realities.

Women are still primarily the caregivers in the home, whether for children or elderly parents. We keep trying to change this, but it's very slow. I see some changes occurring with younger people, but it's still their primary responsibility.

Yet the reality is, either for women's own fulfilment or their own desire to contribute to society in a variety of ways or for economic circumstances, they will also spend much of their lives in what is considered the paid work force.

So I think we have to look at women in a more holistic way, provide the kinds of support they need and give them real choices in their lives. So if they want to have the opportunity to be at home with children at certain periods of their lives, we have in place the supports like the new Child Benefit Program. But when they're in the work force, we must also address issues such as work and family.

I mentioned in my opening remarks that work and family is going to be an issue of the 1990s. It's just beginning to seep into the consciousness of society—whether it's employers, labour unions, the broader society—that we have to make changes in the way we construct work, in the way we apply the standards of work to take into account the duality of our lives. If we want both healthy families and healthy people, we have to recognize those realities.

So we have to look at things like more flexible working hours, ways to ensure that women with children are. . . the ministers of labour were recently talking about actually having paternal leave in addition to maternity leave in labour legislation.

[Traduction]

Mme Collins: Je ne sais pas exactement de quel article vous parlez, mais je sais qu'il y en a eu beaucoup récemment dans les médias qui portaient sur ces questions. J'en ai vu un récemment où il était question de revenir à la situation des années 50 avec maman au fourneau. Je ne crois pas que cela reflète la situation des femmes dans la société à l'heure actuelle.

Je ne crois pas qu'il soit utile de polariser les choses en ce domaine. Je suis sûre que la plupart des femmes qui se trouvent ici sont à la fois mères au foyer et mères qui travaillent à l'extérieur; parfois elles mènent les deux de front, parfois elles font l'un après l'autre.

La société ne devrait pas avoir une vision en noir et blanc à ce sujet, mais malheureusement c'est ce genre d'attitude qui fait que les femmes se retrouvent dans deux clans adverses. Ce n'est pas utile et c'est négatif.

Au cours des derniers mois, j'ai vu beaucoup de lettres dans les journaux adressées au rédacteur. Il y en avait une notamment dans l'édition de ce mois-ci de *Chatelaine*. La lectrice disait qu'il faudrait cesser ce genre de guerre et regarder plutôt la réalité en face et essayer de donner un appui aux femmes qui soit restent à la maison soit vont travailler à l'extérieur.

Les femmes sont toujours celles qui, en tout premier lieu, prodiguent les soins à la maison, soit à leurs enfants, soit à leurs parents âgés. On essaie de faire changer cette situation, mais cela ne se fait pas rapidement. La situation est un peu différente chez les jeunes, mais il reste que ce sont toujours les femmes qui sont les premières à s'occuper des autres.

Pourtant, c'est un fait que les femmes passent également beaucoup de temps dans la population active, soit parce qu'elles estiment que c'est une façon de s'épanouir ou qu'elles désirent contribuer à la société de différentes façons, soit qu'elles aient besoin de travailler pour des raisons économiques.

Il faut donc envisager la femme de façon plus globale et lui fournir le genre d'appui dont elle a besoin, lui laisser la possibilité de faire ses propres choix. Si, par conséquent, elle veut rester à la maison pour élever ses enfants, il doit exister des programmes comme la nouvelle Prestation fiscale intégrée pour enfants. Dans le cas des femmes qui travaillent, il faut également mettre au point des programmes qui permettent d'intégrer le travail et la famille.

Dans mes remarques d'ouverture, j'ai dit que cette question du travail et de la famille allait être une des questions sur lesquelles il faudrait se pencher dans les années 90. Ce besoin d'intégration des deux commencent à percer la conscience de la société—qu'il s'agisse des employeurs, des syndicats ou de la société en général. On est en train de se rendre compte qu'il faut modifier la structure du travail et les normes de celui-ci pour tenir compte de cette vie double que mènent les femmes. Si nous voulons des familles saines, il faudra tenir compte de ces deux réalités.

Il faut donc se pencher sur des questions comme les heures de travail plus souples, s'assurer que les femmes qui élèvent des enfants sont des. . . les ministres du Travail ont récemment évoqué la possibilité de mettre en place des congés «paternité» en plus des congés de maternité dans le cadre de la législation du travail.

[Text]

We have to look at ways to enable women who may be out of the work force for a period of time to come back in...that they don't lose all of their seniority, that they are given credit for their contribution. I know one of the great frustrations of many professional women is that they may be out of the work force full time for, say, five or six years, then they come back in and they're right back to square one. I think that's unfair.

• 1030

I think there are a lot of very important issues around work and family we have to address. That's something I feel very strongly about. We're doing a lot of work on that as well.

Mrs. Anderson: Do you find industry has picked up on this?

Mrs. Collins: There have been a number of conferences and seminars across Canada. The Conference Board of Canada, along with Labour Canada, co-sponsored a series of seminars last year and there are some this year as well.

What happens in this process, as I find happens in many, is the companies that already have a commitment are the ones that go first. Hopefully they will provide leadership to others.

There have been changes. Some of the banks, for example, have introduced much more flexible working conditions, part-time work and work at home that women may be able to participate in. Some companies have introduced very simple things that make a difference, such as enabling some women who work in a factory, for example, and don't generally have access to telephones, access to phones after school. That is one of the most stressful times of the day when your kids are coming home from school. You just want to touch base, know they are okay and check on what is going on. Just giving them that opportunity can not only help employee moral but make everybody feel more comfortable.

So a lot of things have come out of these conferences that I think are helpful. We're seeing some leadership, but not as much I would like to see.

Mrs. Anderson: I wanted to ask about the task force on the federally sentenced women. They recommended the construction of a number of small-scale regional correctional facilities. I believe there are four across the country and an aboriginal long house. Could you discuss the progress of this particular recommendation?

Mrs. Collins: That is the responsibility of Doug Lewis, the Solicitor General. He has been very much involved and is very committed to it.

They have announced the construction of facilities in the Maritimes—Nova Scotia—and Ontario, in the Kitchener area. I understand the decision with respect to the aboriginal healing lodge is very close. An announcement is imminent, and the lodge is going to be in the Prairies.

Negotiations are ongoing with the Province of Quebec about the institution to be constructed in Quebec. That has not been totally resolved yet.

Mrs. Anderson: So there are a couple of others left to be decided.

[Translation]

Il faudra également trouver une façon de permettre aux femmes qui quittent la population active pendant quelque temps pour y revenir de ne pas perdre leur ancienneté et de tenir compte de leur contribution. Beaucoup de femmes de carrière qui quittent la population active pendant cinq ou six ans se retrouvent à la case de départ quand elles y reviennent, ce n'est pas juste.

Il faut donc s'attaquer à des questions extrêmement importantes qui ont trait au travail et à la famille. J'estime que c'est très important. Nous faisons beaucoup de travail à ce sujet.

Mme Anderson: Quelle a été la contribution de l'industrie?

Mme Collins: Il y a eu différents séminaires et conférences dans tout le Canada. Le *Conference Board of Canada* de concert avec Travail Canada a coparrainé une série de séminaires l'année passée et il y en aura d'autres cette année également.

Ce qui se passe, c'est que les sociétés qui sont engagées dans toutes ces questions sont les premières à faire quelque chose. Il faut espérer qu'elles serviront de chef de file et qu'elles entraîneront ainsi les autres dans ce chemin.

Il y a eu des changements. Certaines banques par exemple ont adopté des conditions de travail beaucoup plus souples, à temps partiel, travail à la maison. Dans certains cas, les femmes travaillant en fabrique se sont vues mettre à leur disposition des téléphones pour pouvoir rejoindre leurs enfants une fois ceux-ci rentrés à la maison. Cela a permis de diminuer le stress de ces femmes qui peuvent donc savoir ce qui se passe chez elles quand elles sont au travail. Une telle initiative est bonne non seulement pour le moral des employées mais pour tout le monde.

Ces conférences ont donc eu de bonnes retombées. Certains employeurs ont mené le jeu, mais pas autant que je l'aurais voulu.

Mme Anderson: Je voudrais aborder la question du groupe de travail sur les femmes dans les pénitenciers fédéraux qui a recommandé la construction d'un certain nombre d'installations correctionnelles régionales, quatre dans tout le pays si je ne me trompe ainsi qu'une maison longue autochtone. Pourriez-vous nous dire ce que l'on a fait avec ces recommandations?

Mme Collins: Cette question relève du solliciteur général, M. Doug Lewis, qui s'y est beaucoup intéressé.

On a annoncé la construction d'installations correctionnelles dans les Maritimes, en Nouvelle-Écosse et en Ontario dans la région de Kitchener. Quant à la décision concernant la «maison de guérison» autochtone, une annonce sera faite bientôt et cette maison sera construite dans les Prairies.

Des négociations sont en cours avec la province de Québec au sujet de l'institution qui y sera construite, mais la question n'a pas encore été totalement réglée.

Mme Anderson: On doit donc régler le cas de deux institutions.

[Texte]

Mrs. Collins: Yes, the one in Alberta hasn't been announced yet, but I understand it's close as well. Basically they are continuing to follow through with the recommendations of the task force. Again, Kay Stanley was a member of that task force and represented us on them. Is there something you would like to add to that as well?

Ms Stanley: No, other than I have continued to monitor the progress of the Internal Implementation Committee within Correctional Services Canada. It is analysing and making sure the recommendations of creating choices are following through. We're looking forward to the announcement hopefully, imminently, as the minister said, with respect to the aboriginal healing lodge. This is really innovative when it comes to correction's policy. It's a totally different way of dealing with federally sentenced women.

I'm always looking for other words to describe the people who will work in these new facilities. If you come up with a better word than warden to describe the leader of a women's facility in the federal system, I'm sure Mr. Lewis would welcome your suggestion.

Mrs. Collins: I know this committee is very busy with the work you are doing particularly with breast cancer, and I am really looking forward to your report. I think it will again be a landmark report because no one has really done this work before. You may want Mr. Lewis to come to meet with you later on. He is very enthusiastic about this program and I'm sure he would be very interested in sharing with you and hearing your views.

The target for closure of the P4W in Kingston is 1994.

The Chairman: I have several questions. First of all I have a group called the Older Woman's Network in my riding, which has taken on the issue of the spousal allowances under the Old Age Security, where women who have husbands who are in receipt of the OAS also get a spousal allowance. It has been extended to divorced women.

• 1035

But this leaves the enormous gap of single women, some of whom divorced years ago and are not entitled to any kind of benefit now and so on. Statistically, they are a very impoverished group. The fact that only women who have been married or divorced are entitled to the Old Age Security is, in the view of this group, and I think others, discriminatory.

Mrs. Collins: You are talking about the supplement, the 55-to-65-year-old one, the program that came in four or five years ago.

The Chairman: I am not sure when it first started, but it has been contentious. I know there is a court case involving this.

[Traduction]

Mme Collins: Oui, en Alberta, notamment. L'annonce n'a pas encore été faite, mais elle ne tardera pas si je comprends bien. De façon générale, on essaie de mettre en oeuvre les recommandations de l'équipe de travail. Kay Stanley qui a été membre de celle-ci et nous a représentés voudrait peut-être ajouter quelque chose?

Mme Stanley: Non, si ce n'est que j'ai continué à surveiller les progrès réalisés par le Comité interne de mise en oeuvre des Services correctionnels du Canada pour m'assurer que les recommandations qui visaient à offrir des choix étaient suivies. Nous nous attendons à une annonce imminente comme la ministre l'a dit en ce qui concerne la «maison de guérison» autochtone. Il s'agit là de quelque chose de tout à fait nouveau en matière de services correctionnels, une façon tout à fait différente de s'occuper des femmes qui servent une peine dans les prisons fédérales.

J'essaie de trouver de nouveaux termes pour qualifier les personnes qui travailleront dans ces nouvelles installations. Si vous trouvez un meilleur terme que le mot directrice pour décrire la femme qui dirige les installations pénitentiaires pour femmes dans le système fédéral, je suis sûre que M. Lewis sera très content.

Mme Collins: Je sais que votre comité réalise énormément de travail notamment dans le domaine du cancer du sein et j'attends votre rapport avec impatience. Je crois qu'il s'agira une fois de plus d'un rapport qui fera date car vous êtes vraiment des pionnières en ce domaine. Vous voudrez peut-être demander à M. Lewis de venir témoigner également. Il est très enthousiaste au sujet de ce programme et je suis sûre qu'il serait très intéressé à vous faire part des détails à ce sujet et entendre votre point de vue.

La date prévue pour la fermeture de la prison pour femmes de Kingston est 1994.

La présidente: J'aimerais poser plusieurs questions. Tout d'abord, dans ma circonscription, il y a un groupe qui s'est donné pour nom le *Older Woman's Network* et qui étudie la question des allocations au conjoint du Programme de sécurité de la vieillesse; les femmes dont les maris reçoivent une prestation de sécurité de la vieillesse reçoivent également une allocation au conjoint. Ces prestations sont offertes aux femmes divorcées.

Cependant, une énorme lacune existe dans le cas des femmes seules dont certaines ont divorcé il y a de nombreuses années et ne peuvent retirer aucune prestation, quelle qu'elle soit. Statistiquement, il s'agit d'un groupe très démuné. Ce groupe de ma circonscription, comme d'autres personnes d'ailleurs, estime que le fait que seules les femmes ayant été mariées ou qui sont divorcées ont droit à la sécurité de la vieillesse est tout à fait discriminatoire.

Mme Collins: Vous voulez parler du supplément, le programme qui est entré en vigueur il y a quatre ou cinq ans pour les personnes de 55 à 65 ans.

La présidente: Je ne sais pas quand ce programme a été mis sur pied, mais il n'a pas été accepté de façon générale. Je sais que les tribunaux ont été saisis de l'affaire.

[Text]

Mrs. Collins: That one has not been resolved yet.

The Chairman: It just seems to me that on the face of it, it certainly is discriminatory, and certainly something should be done for this impoverished older women's group as well as older men. Is your department doing anything in this area, such as reviewing the equity of pensions? It seems to me there needs to be an overhaul of the whole system.

Mrs. Collins: You may have touched on something that's... They developed piecemeal over the years. Originally it was the 65...or the old age pension, which is for everybody. But for married couples...it is a somewhat different formula if you are married.

The Chairman: There's Canada Pension, but there's the Old Age Security.

Mrs. Collins: I am just talking about the Old Age Security.

Then they added on...because one of the problems for a lot of women who were married and not in the work force...and their husbands died and they were not yet 65 and eligible for the OAS...that was seen as the biggest gap, where statistically the women suffered the most, or would be the poorest. Then it was that gap that was addressed when this program was brought forward.

What I find is that as soon as you close a gap, there are other ones. It is constant. So you get into a situation of, well, does that become universal at 55? Now it's obviously a means-tested program. The costs of that of course are...I don't know what they would be. Health and Welfare would obviously have the figures on that, but they would be very high.

The Chairman: Spouse's allowance is not means tested, as I understand it.

Mrs. Collins: It's income tested.

The Chairman: My understanding—and I investigated it—was that if your husband, or other spouse, is entitled to OAS, you are entitled to the spouse's allowance, and it is not income tested.

Mrs. Collins: Are you talking about if he is still living, or if he dies?

The Chairman: If he dies. It was extended to the divorced, which is certainly an area that...

Mrs. Collins: Are you sure about that?

The Chairman: I just had a big discussion with Bill Kempling on it.

Mrs. Collins: Spouse's allowance is an income-tested monthly benefit payable to the 60-to-64-year-old spouse of an OAS pensioner. Widow's spouse's allowance is available to low-income widowed spouses in the same age group.

The Chairman: Well, it's complex.

Mrs. Collins: Yes.

[Translation]

Mme Collins: Et elle est toujours pendante.

La présidente: À première vue, il s'agit là de discrimination et il me semble certainement que l'on devrait faire quelque chose pour ce groupe de femmes âgées dans le besoin. Votre ministère se penche-t-il sur cette question, étudie-t-il la question des pensions dans le contexte de l'équité? Il me semble que tout le système devrait être repensé.

Mme Collins: Vous avez peut-être touché là quelque chose... Ce système a été mis au point au fil des ans. À l'origine, l'âge fixé était 65 ans... ou la pension de vieillesse qui est universelle. Cependant, pour les couples mariés, la formule est quelque peu différente.

La présidente: Il y a le Régime de pensions du Canada mais également la sécurité de la vieillesse.

Mme Collins: Je parle exclusivement ici de la sécurité de la vieillesse.

On a ensuite ajouté...on s'est rendu compte que le problème le plus important était celui des femmes veuves qui n'avaient pas encore atteint l'âge de 65 ans et n'étaient donc pas admissibles à la sécurité de la vieillesse, il s'agit des femmes qui n'avaient pas fait partie de la population active. Ces femmes étaient généralement les plus pauvres. On a donc décidé de rectifier ce problème et de mettre en place le programme en question.

Évidemment, dès que l'on comble une brèche, une autre se forme. Cela arrive toujours. On pouvait alors se demander si le programme devrait devenir universel pour les femmes de 55 ans et plus. Évidemment, il s'agit d'un programme fondé sur les moyens. Les coûts d'un tel programme sont évidemment...je ne sais pas exactement de quoi il s'agit. Le ministère de la Santé et du Bien-être pourrait vous donner les chiffres, mais en tout cas ils sont très élevés.

La présidente: Si je comprends bien, l'allocation au conjoint ne tient pas compte des moyens.

Mme Collins: La justification est fondée sur les revenus.

La présidente: D'après l'enquête que j'ai faite, la femme a droit à l'allocation de conjoint si son mari avait droit à la sécurité de la vieillesse. De plus, la justification n'est pas fondée sur le revenu.

Mme Collins: Parlez-vous d'une femme dont le mari est en vie ou qui se retrouve veuve?

La présidente: Qui se retrouve veuve. Les dispositions ont été appliquées également aux divorcées.

Mme Collins: En êtes-vous sûre?

La présidente: J'ai eu une grande discussion avec Bill Kempling à ce sujet.

Mme Collins: L'allocation au conjoint est une prestation mensuelle dont la justification est fondée sur les revenus pour le conjoint d'une personne retirant la sécurité de la vieillesse et qui a entre 60 et 64 ans. La même chose s'applique dans le cas de veuves à faible revenu.

La présidente: Il s'agit là d'une question fort complexe.

Mme Collins: Oui.

[Texte]

I think there is some good news on that side, because the Statistics Canada survey that came out last week indeed showed there is improvement among older women. Their economic level has improved, and their whole level of satisfaction. There certainly have been improvements over the past decade in the status of elderly women.

To get back to your original question, there is a court case on whether that program, which is now limited to widows and spouses, should be extended overall. But from a financial point of view, I don't know what the implications would be on that. Of course there are provincial programs as well as federal programs that apply to people in that age group. Again, they are means or income tested.

The Chairman: Right.

Do you have some examples of good news, or of progress in any respect?

• 1040

Mrs. Collins: Well, let's see. How about education? This one's important, because for me, the future for women gaining economic equality is to ensure that they have a good education. That's the reality of the future of our economy. If you look worldwide, it's true everywhere. Look at the less-developed countries. There was a report that was out the other week showing how important it was for women to have access to education if they were ever going to improve the status of those countries.

In Canada, women really are going into secondary institutions in unprecedented numbers. In 1989-90, women accounted for 55% of college full-time enrolments and 53% of university enrolments. It's a 40% increase in college enrolments from 1977-78 and a 68% increase in university enrolments from a decade before.

That's a big change. There are also non-traditional fields. We have this emphasis on encouraging women in science and mathematics and engineering because, focusing on the well-paid jobs in the future, this is where it's going to be at. That is starting to change. In 1989 women earned 13% of university degrees in engineering. That's up from 3%, so that's a big jump. There's the *Women in Engineering* report, which is an excellent work by Dr. Frize. The most recent data, even since 1989, shows that some of the university faculties are up to almost 30% women in enrolment of first-year engineering students. That's up to 56% in agriculture and biological sciences and 28% in mathematics and physical science.

There are two federal government programs that often we don't talk about, but I think we should recognize that they have been important in this area. One is the Canada Scholarships Program in the universities that was 50% for women. It's worked. We're seeing more women going into the maths and sciences. Bill Winegard just announced, a couple of weeks ago, the introduction of a new program with similar Canada scholarships in technology for colleges. Again,

[Traduction]

Il y a de bonnes nouvelles à ce sujet car d'après l'enquête de Statistique Canada publiée la semaine dernière la situation s'améliore chez les femmes âgées. Leur situation économique s'est améliorée et elles se trouvent de façon générale beaucoup plus satisfaites. Il y a eu des améliorations au cours de la dernière décennie en ce qui concerne la situation des femmes âgées.

Pour en revenir à votre première question, l'affaire est pendante devant les tribunaux à l'heure actuelle. La question est de savoir si ces prestations qui sont limitées à l'heure actuelle aux veuves et épouses devrait être applicable à toutes les femmes. D'un point de vue purement financier, je ne sais pas ce que cela pourrait signifier. Il y a évidemment des programmes provinciaux comme les programmes fédéraux d'ailleurs qui s'appliquent aux personnes de ce groupe d'âge et dont la justification est fondée soit sur les moyens soit sur les revenus.

La présidente: Oui.

Avez-vous des exemples à nous donner de certains progrès réalisés dans ce domaine?

Mme Collins: Voyons voir. Qu'en est-il de l'instruction? C'est par une bonne instruction que les femmes parviendront à une véritable égalité économique. C'est la voie de l'avenir. La même chose vaut à l'échelle mondiale. Prenons le cas des pays moins développés. Un rapport paru récemment faisait ressortir le fait que la croissance économique de ces pays dépend de l'accès à l'instruction pour les femmes.

Au Canada, on n'a jamais vu autant de femmes poursuivre des études secondaires. En 1989-1990, 55 p. 100 des étudiants à temps plein au niveau collégial et 53 p. 100 au niveau universitaire, étaient des femmes. Par rapport à 1977-1978, cela représente une augmentation de 40 p. 100 dans le cas des collèges, et par rapport à il y a dix ans, de 68 p. 100 dans le cas des universités.

Il s'agit d'un changement important. On trouve aussi des femmes dans des domaines traditionnellement réservés aux hommes. Nous incitons les femmes à étudier les sciences, les mathématiques et le génie puisque c'est dans ces domaines qu'on trouvera dans l'avenir les emplois les mieux rémunérés. On constate des progrès. En 1989, 13 p. 100 des diplômés universitaires en génie étaient des femmes, ce qui représente une augmentation de 3 p. 100. C'est un grand pas en avant. L'excellent rapport publié par Mme Friesse intitulé *Women in Engineering* est très instructif. Les statistiques recueillies depuis 1989 indiquent que dans certaines facultés universitaires, près de 30 p. 100 des étudiants de première année de génie sont des femmes. La représentation des femmes s'élève à 56 p. 100 en agriculture et en biologie et à 28 p. 100 en mathématiques et en physique.

Deux programmes fédéraux dont il est peu fait état ont grandement contribué à améliorer la représentation des femmes dans ces domaines. Au niveau universitaire, il y a d'abord le Programme bourses Canada dont 50 p. 100 des bénéficiaires sont des femmes. C'est un programme qui a connu du succès. Davantage de femmes étudient maintenant les mathématiques et les sciences. Il y a quelques semaines, Bill Winegard a annoncé la création d'un nouveau

[Text]

50% are going to be women. That's going to provide another impetus and encouragement for women to go into those fields.

To my mind, that's an area that's very important and we're beginning to see some real change. This won't, in some ways, pay off until further down the line. Things like male/female earnings are a constant concern of mine. As you look at the better educated, the wage gap closes. Obviously, the key is for women to get better education and then their earning potential is going to be higher. The gap is less, of course, among younger women as well. In the long term, for me, that's one of the important changes.

The Chairman: Good. The other question I had concerns the Criminal Lawyers' Association presentation before the rape shield bill. I'll just give you some of their position. They said that true crime requires an objective understanding of the law. They also talked about there being a biological imperative with males.

In our report we recommended judicial education, but who becomes judges? It's lawyers. Perhaps, then, our focus should be more on lawyers and, in fact, on the education of lawyers. If one was talking about assault, period, there would be no question that we would be examining the kinds of tests that we are looking at in this particular law. As soon as you get the word "sexual" into it, then you get all these kinds of myths about the uncontrollable male urge and people have to suddenly know that what they are doing is wrong for sure.

Look at fraud, traffic offences and all over the justice system. Surely, if the courts required that people absolutely agree that they know that this particular act is a crime, you would have a lot fewer people in jail.

I'm just wondering what your response is to such statements.

Mrs. Collins: I just read it in the newspaper and had a chance to talk to Dawn last night on the plane coming back. I think that typifies the kind of mythology that still exists in society of very well-educated, professional people who obviously think in those terms. It shows, I guess, the areas we still have to continue to address.

• 1045

I agree with you in terms of legal education that there is work that needs to be done. The Canadian Bar, as you know, has a task force on women in the legal profession, headed up by Bertha Wilson. It's dealing specifically with that, but I'm sure they will end up getting into a lot of these other areas. I happened to talk to the president last night, who was also on the plane—we do a lot of business on planes coming from Vancouver—and they're very enthusiastic about the task force and the work that will be done. In fact, I think you're going to be hearing this week from that committee, which I think will have a different perspective to offer you in some of those areas.

[Translation]

programme s'inspirant du Programme bourses Canada. Il s'adressera aux étudiants de niveau collégial. La moitié des bourses sera réservée aux femmes. Ce programme devrait encourager encore plus de femmes à se diriger vers ces domaines.

À mon avis, nous commençons à constater une véritable amélioration de la situation. Évidemment, ce n'est qu'un peu plus tard qu'on pourra vraiment juger du succès des efforts consentis pour améliorer la représentation des femmes. La question de la parité salariale est l'une de mes préoccupations constantes. L'écart entre les salaires versés aux femmes et aux hommes diminue lorsque ceux-ci ont fait des études comparables. De toute évidence, plus les femmes seront instruites et plus elles pourront aspirer à des postes bien rémunérés. L'écart est aussi moins accentué chez les femmes plus jeunes. Voilà donc l'un des changements importants que je prévois à long terme.

La présidente: Très bien. L'autre question que je voulais poser porte sur l'exposé fait par la *Criminal Lawyers' Association* devant le comité qui étudie le projet de loi sur la protection de la victime de viol. Je vais vous résumer leur position. L'Association estime que pour qu'il y ait crime véritable, il faut comprendre objectivement la loi. L'Association a aussi fait allusion aux pulsions biologiques des hommes.

Notre rapport recommandait une sensibilisation des juges, mais qui devient juge? Ce sont des avocats. Il vaudrait peut-être mieux axer nos efforts sur les avocats. S'il était simplement question d'agressions, nous ne songerions pas au genre de critères dont il est question dans la loi. Mais dès qu'il est question d'agressions sexuelles, on ressort tous ces vieux mythes au sujet des pulsions incontrôlables des hommes, et un crime n'est plus un crime que si celui qui le perpète sait parfaitement qu'il commet un crime.

Prenons l'exemple de la fraude et des infractions au code de la route. Si les tribunaux adoptaient ce raisonnement, nos prisons ne seraient pas aussi pleines.

J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Collins: J'ai lu cela dans le journal et j'ai justement pu en discuter avec Dawn hier soir à bord de l'avion. Cela montre combien ces mythes sont tenaces même chez les gens bien instruits. Nous avons donc encore beaucoup de travail à faire.

Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il faut sensibiliser les membres de la profession juridique à la question. L'Association du Barreau canadien, comme vous le savez, a créé un groupe de travail sur les femmes et le droit dirigé par Bertha Wilson. Le groupe étudie précisément cette question, mais je suis convaincue qu'il en abordera beaucoup d'autres. J'ai parlé par hasard au président de l'association hier soir à bord de l'avion—on travaille beaucoup sur ces vols en provenance de Vancouver—, il a souligné l'excellent travail accompli par ce groupe. Ce comité présentera sans doute ses vues cette semaine, lesquelles devraient être bien différentes de celles que vous avez entendues jusqu'ici.

[Texte]

In terms of judges, as you were saying, judges come from lawyers, and if they have these kinds of perceptions, inevitably they bring that framework to their own activities, which is another reason why we have to keep moving towards change in the judicial area.

One of the other changes has been the increase of female judges at the Federal Court level, a tremendous increase in the last seven years. I know Minister Campbell was at the swearing in last week of Rosalie Abella as the 100th judge on the Federal Court. Those kinds of things are going to make a change. As well, recently there is the fairly major funding of the National Judicial Institute to undertake work in judicial education in this area. There's no magic wand you can wave to change attitudes that have been there for a long time. But the work you do in your committee and what all of us try to do help to move forward in this area.

Ms Black: That leads to an obvious question. Do you, as Minister for the Status of Women in Canada, support mandatory gender-sensitivity education for judges and the judiciary? The whole situation with the voluntary programs that are in place right now... it's clear that those on the bench in most need of this kind of sensitivity training or education are the least likely to attend, and in most instances the judges who attend on a voluntary basis probably least need the education. So what is your position on mandatory gender-sensitivity training?

Mrs. Collins: I think you're right that those who are interested, who are the most willing to change or to think about these issues, will attend. But they then provide leadership to others. I think that is part of a process that you ultimately have to go through.

I've talked with a number of people on this issue; for example, Judge Campbell, who heads up the Western Judicial Education Centre, which has done some very good work on whether or not mandatory education would work. There's a lot of concern that it wouldn't necessarily work very effectively, quite apart from the concern of arm's length, which I know Minister Campbell has, that the government can't tell judges what to do. There is this important separation between the judicial and the executive and the legislative branches of government. There is also the concern that you can take a horse to water but you can't make it drink; that you have to find ways to make them want to do this. He has found that when you have some judges or some senior people in the profession, who are considered to be leaders, who you can identify as being amenable and acceptable to change, they become the best spokespeople and persuaders of others, to bring them in that way.

Also, with the work that's going on with the National Judicial Institute, whether you call it mandatory or not, the hope is that will become a program that is universally available for judges. I think we will see that kind of education being incorporated into all the things they do.

[Traduction]

Comme vous le faisiez remarquer, ce sont les avocats qui sont nommés à la magistrature, et il est inévitable qu'une fois juges, ils conservent ces préjugés s'ils les avaient au départ. Voilà pourquoi il faut continuer de réclamer des changements dans le domaine judiciaire.

Au cours des sept dernières années, on a constaté une augmentation importante du nombre de femmes nommées juges à la Cour fédérale. Je sais que la ministre Campbell a participé la semaine dernière à la cérémonie d'assermentation de Rosalie Abella qui est devenue le 100^e juge de la Cour fédérale. Ces nominations vont faire changer les choses. Récemment, le *National Judicial Institute* a obtenu une subvention importante pour mener une étude sur la question de la sensibilisation de l'appareil judiciaire aux besoins des femmes. Malheureusement, on ne changera pas du jour au lendemain des préjugés tenaces. Par les efforts qu'il déploie, votre comité ainsi que tous ceux qui oeuvrent dans le domaine contribueront à l'amélioration de la situation.

Mme Black: Cela m'amène à vous poser une question évidente. A titre de ministre responsable de la Condition des femmes au Canada, êtes-vous favorable à ce qu'on force les juges à s'inscrire à un programme de sensibilisation aux besoins des femmes? Étant donné que la participation aux programmes qui existent à l'heure actuelle n'est pas obligatoire, ce sont évidemment ceux qui ont le moins besoin d'être sensibilisés aux préoccupations des femmes qui sont susceptibles d'y participer. Quelle est donc votre position à ce sujet?

Mme Collins: Vous avez raison de faire remarquer que ce sont ceux qui sont le plus prêts à modifier leurs attitudes qui vont participer à ce genre de programmes. Par ailleurs, ils donnent ainsi l'exemple. C'est une étape inévitable.

J'ai discuté de la question avec plusieurs personnes dont le juge Campbell qui dirige le *Western Judicial Education Centre* qui s'est penché sur cette question de la formation obligatoire. Outre le fait que la ministre Campbell est d'avis qu'on ne peut pas dicter aux juges leur conduite et qu'il faut préserver leur indépendance, on a émis des réserves quant à la valeur des programmes obligatoires. Il est important de respecter la division des pouvoirs judiciaires, exécutifs et législatifs. Il est évidemment impossible de forcer quelqu'un à faire quelque chose qu'il ne veut pas faire. Il faut donc trouver des moyens d'inciter les gens à changer leurs attitudes. On a constaté que ceux qui sont considérés comme des chefs de file dans le domaine juridique sont ceux qui peuvent le mieux convaincre les autres de changer d'attitudes.

Le *National Judicial Institute* espère pouvoir proposer un programme, obligatoire ou non, qui serait offert à tous les juges. Je crois que ce genre de programmes vont se généraliser.

[Text]

Ms Black: This rationale of arm's length and the independence of the judiciary, it just doesn't wash. The fact of the matter is that lawyers and judges go through an education process. They go through a training process when they're appointed to the bench. Why there couldn't be a component of gender education, along with all the other steps they must go through, is beyond me.

Mrs. Collins: But that's not mandated by the government.

• 1050

Ms Black: The point is, there is education that goes on.

Mrs. Collins: There is education, and I think that's the way they are trying to incorporate this information and these materials. It's the work they do.

Ms Black: No, not as part of the process before you are on the bench. There are educated. . . anyway, I don't want to get into an argument about it.

Mrs. Collins: Yes.

Ms Black: I guess your answer is, no, you don't support mandatory gender education. . .

Mrs. Collins: I would like to see all judges have access to education on gender sensitivity.

Ms Black: Okay. I wanted to ask a question on the Royal Commission on New Reproductive Technologies. In the estimates it said that Status of Women Canada will review the royal commission report's recommendations and assess its implications for government action related to women in Canada. I wanted to ask how Status of Women Canada will deal with the fact that the very women's organizations who pushed for the Royal Commission on New Reproductive Technologies no longer support it after all of the horrors that have gone on within the royal commission itself. The royal commission in many ways has become a royal mess, so what will the position be of Status of Women Canada, in view of the fact that the women who have pushed for this commission no longer support it? The report will not have credibility within the community.

There has been a scientific body—I don't remember their name—that is independently now looking at the research methodology the royal commission has used, to say whether or not it has been legitimate and proper research. What is your position on that?

Mrs. Collins: Well, I want to wait for the report. I mean, I don't think it is fair to prejudge something until you see what they have come up with. I am certainly aware of the controversy surrounding it, but I think in fairness to the people who are involved we want to see what kind of recommendations they come forward with. I am sure your committee will want to have a look at that as well. We will be assessing it, based on the input we receive from the report,

[Translation]

Mme Black: Je n'accepte pas l'argument qui nous est donné au sujet de l'indépendance des tribunaux. Les avocats et les juges suivent des cours de formation. Tous les nouveaux juges suivent certains cours, et je ne vois pas pourquoi on ne les sensibiliserait pas à ce moment-là aux besoins des femmes.

Mme Collins: Mais ce n'est pas le mandat du gouvernement.

Mme Black: Ce qui compte, c'est qu'un processus d'éducation se poursuive.

Mme Collins: Oui, et je crois que c'est ainsi qu'ils essayent d'intégrer cette information et ce matériel. Voilà leur travail.

Mme Black: Non, pas dans le cadre du processus avant que vous ne soyez juge. Il y a des personnes instruites. . . mais je ne veux pas me lancer dans ce genre de discussion.

Mme Collins: Oui.

Mme Black: Si je comprends bien, vous n'êtes pas favorable à une éducation obligatoire sur les différences entre les sexes. . .

Mme Collins: J'aimerais que tous les juges suivent des cours de sensibilisation aux différences entre les sexes.

Mme Black: Je voulais poser une question au sujet de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction. Selon le budget, Condition féminine Canada étudiera les recommandations contenues dans le rapport de cette commission et en évaluera les conséquences pour les mesures prises par le gouvernement à l'égard des femmes au Canada. Je voulais demander comment Condition féminine Canada a l'intention de réagir au fait que les mêmes organisations féminines qui avaient demandé la création de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction n'y sont plus favorables après toutes les horreurs qui se sont déroulées au sein de la commission elle-même. À bien des égards, cette commission est devenue une véritable payaye; quelle sera donc l'attitude adoptée par Condition féminine Canada compte tenu du fait que les femmes qui ont réclamé la création de cette commission ne lui sont plus favorables? Le rapport n'aura guère de crédibilité au sein de la communauté.

Un organe scientifique—j'en ai oublié le nom—étudie maintenant, de manière indépendante, les méthodes de recherche utilisées par la Commission royale et doit se prononcer sur la légitimité et la pertinence de cette recherche. Quel est votre avis à ce sujet?

Mme Collins: Je préférerais attendre le rapport. Après tout, je ne pense pas qu'il soit très juste de sauter aux conclusions avant d'avoir pu l'examiner. Je n'ignore pas la controverse qui l'entoure, mais en toute justice à l'égard des intéressés, j'estime qu'il faut tout d'abord voir les recommandations qu'ils vont présenter. Je suis certaine que votre comité tiendra, lui aussi, à les examiner. Nous évaluerons donc le contenu de ce rapport, ainsi que les

[Texte]

and then the reaction to it. Obviously, Health and Welfare Canada will be the leading department; the royal commission goes directly to them. We will again be monitoring what they say, and what the reaction is to it, and feeding that into the governmental process to respond to the royal commission.

Ms Black: On the issue of child care, the *Dimensions of Equality* said the government would create 200,000 child care spaces in Canada and funding, \$6 billion, was allocated at that time. I want to ask where that money is. Where has it gone?

Mrs. Collins: Well, as you know, that was—

Ms Black: Both Ontario and B.C. have found some funding to create some child care spaces, even though they were two of the provinces that have been targeted with spending limits for child care through the Canada Assistance Plan. So in the long term, what is the government's commitment to a national child care program? What is the commitment of the Status of Women Canada now to a national child care program?

Mrs. Collins: As you know, that program was proposed before 1988 and the bill died in the Senate, so it did not become law. Since that time, given the fiscal situation the government has found itself in, they just felt they don't have the funds to provide that kind of support. So our focus has been on a couple of areas. One, through the Canada Assistance Plan we provide about \$1 billion a year of support to child care, through CEIC and the support to people on training programs, so there is a substantial financial contribution towards child care in that area. Secondly, our focus then should be on helping to make the care of children more affordable to the individual parent, rather than the provision of spaces. That is why, for example, through the tax system, the child care tax deduction—

Ms Black: It doesn't create one space.

Mrs. Collins: No, it doesn't, because, as I am saying, the focus has not been on creating spaces. As you enable people to have more money to pay for child care, that then creates the demand for spaces, whether it is through non-profit or profit—

Ms Black: But, Minister, the whole issue of women getting off social assistance, getting back into the work force or entering the work force for the first time, has been so well documented. The Abella Report said child care was the ramp that was needed to allow women into the paid work force; the whole situation with women who are living in poverty. . . You spoke earlier about the good news, and I don't want to rain on your parade, but concerning the good news about women in higher education, let's not forget that 30% of people in the public education system drop out before they complete high school. Let's not forget about the immigrant women, the poor women, the aboriginal women. These are

[Traduction]

réactions qu'il provoquera. Manifestement, c'est Santé et Bien-être social Canada qui sera le chef de file. C'est directement lui que la Commission royale rencontre. Nous suivrons les commentaires et les réactions, et nous utiliserons ces éléments dans le processus de réponse du gouvernement à la Commission royale.

Mme Black: À propos de la garde d'enfants, les auteurs de «Les dimensions de l'égalité» écrivaient que le gouvernement créerait 200,000 places dans des garderies au Canada et six milliards de dollars avaient été prévus pour cela. Je voudrais savoir où est cet argent. Où est-il passé?

Mme Collins: Eh bien, comme vous le savez, c'était. . .

Mme Black: L'Ontario et la Colombie-Britannique ont trouvé des fonds pour augmenter le nombre des places dans les garderies d'enfants, en dépit du fait qu'il s'agissait des deux provinces visées par les limites de dépenses imposées à la garde d'enfants dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada. À long terme, quels sont donc les engagements prévus par le gouvernement à l'égard d'un programme national de garde d'enfants? Que représente l'engagement actuel de Condition féminine Canada à l'égard d'un tel programme?

Mme Collins: Comme vous le savez, ce programme avait été proposé avant 1988 et, à cause de l'opposition du Sénat, il n'a jamais acquis force de loi. Depuis lors, étant donné la situation financière dans laquelle le gouvernement se trouvait, celui-ci a jugé qu'il ne disposait pas des fonds nécessaires pour fournir ce genre d'aide. Nous avons donc concentré nos efforts dans deux domaines. Premièrement, dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada, nous fournissons environ un milliard de dollars par an au titre de la garde d'enfants, par l'intermédiaire de la CEIC nous apportons également une aide aux personnes qui participent à des programmes de formation. Dans ce domaine, notre contribution financière à la garde d'enfants est donc fort importante. Deuxièmement, plutôt que de fournir des places dans des garderies, il serait préférable que nous nous efforcions de réduire les coûts de garde pour les parents. C'est pourquoi, par exemple, dans le cadre du régime fiscal, la déduction d'impôt au titre de la garde d'enfants. . .

Mme Black: Tout cela ne crée pas une place de plus.

Mme Collins: Non, en effet, car, comme je le disais, notre objectif n'est pas d'augmenter la capacité des garderies. En permettant aux gens de disposer de plus d'argent pour payer cette garde, vous créez une demande de places, que ce soit dans des organismes à but lucratif ou non. . .

Mme Black: Toute la question des moyens qui permettront aux femmes de cesser d'être des assistées sociales, de réintégrer la population active ou d'y entrer pour la première fois, est extrêmement bien documentée. Les auteurs du Rapport Abella écrivaient que la garde d'enfants était la rampe de lancement qui permettrait aux femmes de trouver un emploi rémunéré; toute la question des femmes qui vivent dans la pauvreté. . . Vous avez parlé tout à l'heure de bonnes nouvelles, et je ne voudrais pas jouer au trouble-fête, mais à propos des bonnes nouvelles concernant les femmes faisant des études supérieures, n'oublions pas que 30 p. 100 des personnes qui passent par le système

[Text]

the women who need a national child care program in order to access training in order to get that ramp into the paid labour force.

• 1055

Mrs. Collins: I would agree.

Ms Black: Tax credits aren't going to help them.

Mrs. Collins: I agree with you. In fact, I think that is the focus of where government activities can be—and indeed are, because, for example, if you look at job training and retraining programs for women, child care becomes part of that and they do get support for their child care while they're involved in that.

The other program that my colleague Bernard Valcourt announced just two weeks ago—and I had the opportunity of joining him with that—the pilot project to assist women in New Brunswick and British Columbia on social assistance to get off it through a top-up program, is really an important project. It's something—

Ms Black: Is there a child care provision there?

Mrs. Collins: No, but by providing them with financial capability, they will then be able to access child care.

Quite honestly, if you look at the division of powers in this country, the provision of child care spaces is primarily within provincial jurisdiction. So our focus has been, whether it's through the new children's financial benefit program, which increases the money available for the low-income working family, enables them to make child care more. . . This is what we're talking about: enabling people to get back into the work force.

For example, the women who are able to benefit from this new pilot project not only would be getting the top-up income to help them get back into the work force for the first three years, but they would also then become eligible, because they would most likely be in that target group, for that new family benefit that they wouldn't have when they were on social assistance.

So a number of things come into play where we are providing support. These are some new approaches in terms of social policy, and they are first steps towards a more effective way, at the federal level, of furthering our involvement. We do have to declare that we can't do everything.

Among women to whom I talk across the country, there is still the desire for variety and flexibility in terms of approaches to child care, as well.

On employer-sponsored child care, again employers who hire women—or men, because I don't think it should be just women who have to be concerned about child care—should get involved in provision of child care. At the federal

[Translation]

d'enseignement public abandonnent avant d'avoir terminé leurs études secondaires. N'oublions pas les immigrantes, les pauvres, les femmes autochtones. Voilà des femmes qui ont besoin d'un programme national de garde d'enfants pour pouvoir accéder à la formation qui les propulsera dans la population active rémunérée.

Mme Collins: Je suis d'accord.

Mme Black: Ce ne sont pas des crédits d'impôt qui les aideront.

Mme Collins: En fait, c'est sur ce point que le gouvernement concentre ses activités —Considérez, par exemple, les programmes de formation à l'emploi et de recyclage à l'intention des femmes; eh bien, la garde d'enfants devient alors un élément important et ces femmes bénéficient d'une aide pour la garde de leurs enfants, pendant qu'elles participent à ces programmes.

L'autre programme annoncé, il y a tout juste deux semaines, par mon collègue Bernard Valcourt—et j'ai eu l'occasion d'y participer avec lui—ce projet pilote pour aider les assistées sociales du Nouveau-Brunswick et de la Colombie-Britannique à ne plus devoir compter sur l'assistance sociale grâce à un programme complémentaire, est un projet vraiment important. C'est quelque chose. . .

Mme Black: Comprend-il une disposition relative à la garde d'enfants?

Mme Collins: Non, mais en donnant les moyens financiers nécessaires à ces femmes, cela leur permet d'avoir accès à la garde d'enfants.

En toute franchise, si vous considérez la répartition des pouvoirs dans ce pays, la fourniture de places dans des garderies d'enfants relève essentiellement de la compétence provinciale. Ce que nous recherchons donc surtout, que ce soit par le biais du nouveau programme d'aide financière pour les enfants, grâce auquel les familles à faible revenu disposent d'argent c'est de rendre l'accès à la garde d'enfants plus. . . Voilà ce dont nous parlons: Permettre aux gens de retourner à la vie active.

Par exemple, les femmes qui seront admissibles à ce nouveau programme pilote, bénéficieront non seulement du revenu complémentaire qui les aidera à retourner à la vie active au cours des trois prochaines années, mais, comme elles feront très probablement partie du groupe-cible, il leur permettra également de bénéficier de l'allocation familiale qui leur aurait été refusée lorsqu'elles étaient assistées sociales.

L'aide que nous offrons fait donc entrer en jeu un certain nombre de facteurs. Il y a des éléments nouveaux en ce qui concerne la politique sociale, qui constituent les premières étapes d'une méthode plus efficace, à l'échelon fédéral, d'accroître notre participation. Il faut cependant bien reconnaître que nous ne pouvons pas tout faire.

J'ai noté, chez les femmes à qui je parle, qu'elles souhaitent toujours que les formules de garde d'enfants soient souples et diverses.

En ce qui concerne la garde d'enfants commanditée par l'employeur—il s'agit d'employeurs qui recrutent des femmes—ou des hommes, car je ne trouve pas que les femmes devraient être les seules à devoir se préoccuper de la

[Texte]

government level, I think we now have 10 child care centres. Some others are at hospitals. Even my other department, National Defence, was involved with child care where employers provide other facilities, the physical facilities, and then obviously help to make the cost quite affordable and responsive to the particular employment regimes, hours of work and things such as that. So that is another area on which we need to focus.

Mrs. Anderson: Following along the same line, on the recent budget that was announced and the child benefits that were created regarding the child welfare program, can you discuss the input of the Status of Women in the creation of this plan? Will your agency be a key player in future developments within the children's bureau?

Mrs. Collins: We have a lot of discussion and dialogue of course, both at the officials level and at the political level, with Health and Welfare. As you know, Status of Women doesn't deliver programs. So we basically work with departments that are both policy development and delivery departments. So certainly, in the whole area of the children's bureau and the children's program, we have been involved. We don't always get our way, because of course there are many different players in these discussions, but we certainly put forward our perspective. Indeed, the child benefit program has responded to a number of the concerns that I have had as minister and that officials have had. It's an important start towards addressing some of the economic questions around the care of children in more appropriate ways.

The Chairman: I would like to ask a question on the day care and child care issue. Only about 8% of the spaces in Canada are currently licensed and subsidized through the Canada Assistance Plan. The vast majority of people in this country use babysitting or relatives, these sorts of situations.

• 1100

One area I'd like to see further development in, and this was also a recommendation of the poverty subcommittee, is the issue of changing the day care expense deduction to a refundable child care tax credit. I think that would help a lot of people to get to better forms of child care. It would give greater access, particularly in provinces where there is no commitment to expanding licensed day care or where they can't afford to expand licensed day care.

Right now you have a very inequitable situation. A day care space in Toronto costs twice the amount it costs in Newfoundland or the Maritimes. The level of federal subsidy varies enormously across the country, and it also varies by

[Traduction]

garde de leurs enfants—les employeurs devraient participer à la prestation de ces services. À l'échelon fédéral, je crois que nous avons maintenant 10 centres de garde d'enfants. Il y en aurait également dans les hôpitaux. Même mon autre ministère, celui de la Défense nationale, s'est occupé de cette question; dans ces cas, les employeurs fournissent d'autres installations, des locaux et font naturellement en sorte que la garde d'enfants soit bon marché et adaptée aux conditions de travail, heures de travail et autres. C'est là un autre domaine que nous devrions étudier de près.

Mme Anderson: Dans le même esprit, à propos du récent budget et des prestations pour les enfants qui ont été créées dans le cadre du Programme de bien-être de l'enfance, pouvez-vous nous dire quelle a été la participation de Condition féminine à l'élaboration de ce plan? Votre organisme sera-t-il un des principaux intervenants au sein du bureau des enfants?

Mme Collins: Nous discutons naturellement beaucoup de ces questions, tant à l'échelon des fonctionnaires qu'à l'échelon politique, avec Santé et Bien-être social. Comme vous le savez, Condition féminine Canada n'assure pas l'exécution de programmes. Nous travaillons donc essentiellement avec des ministères qui s'occupent d'élaboration de politiques et de mise en oeuvre de programmes. Nous allons donc effectivement participer à tout ce qui relève du bureau des enfants et du Programme en faveur de l'enfance. Nous n'obtenons pas toujours ce que nous voulons car il y a bien entendu bien d'autres participants à ces discussions, mais nous n'hésitons jamais à faire valoir notre point de vue. En fait la création du Programme de prestations pour les enfants répond à un certain nombre de préoccupations de mes collaborateurs et de moi-même, en tant que ministre. Il représente un point de départ important sur la voie d'un meilleur règlement des questions économiques liées à la garde d'enfants.

La présidente: Je voudrais vous poser une question au sujet des garderies de jour et de la garde d'enfants. Huit p. 100 seulement des places, au Canada, se trouvent actuellement dans des établissements agréés et sont subventionnés dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada. La vaste majorité des habitants de ce pays continue à utiliser des gardiennes à domicile ou des parents, ou autres formules du même genre.

Un domaine dans lequel j'aimerais également voir avancer les choses, ce qui a d'ailleurs été recommandé par le Sous-comité d'étude de la pauvreté, c'est le remplacement de la déduction pour dépenses de garde d'enfant par un crédit d'impôt remboursable pour garde d'enfants. Je crois que cela aiderait beaucoup de personnes à avoir accès à de meilleures formules de garde. Les possibilités d'accès s'en trouveraient augmentées, en particulier dans les provinces où l'on ne dispose pas de moyens suffisants pour étoffer les services de garde de jour agréés ou encore où aucun engagement n'a été pris à cet égard.

En ce moment, la situation n'est pas du tout équitable. Une place, dans une garderie de jour à Toronto, coûte le double du prix pratiqué à Terre-Neuve ou dans les Maritimes. Le niveau de la subvention fédérale varie

[Text]

whether or not the province wants to participate and believes in it. You have this problem with the structure of Canada again. You can't get a national program if you have to count on provincial co-operation through the Canada Assistance Plan. We see that in other areas of the Canada Assistance Plan as well, such as the welfare rates. Eight out of ten provinces aren't even covering basic needs.

One thing I'd like to explore is more direct funding through the means of a refundable child care tax credit. I'm wondering whether your department is interested in that issue and would like to push it forward. I understand that the finance department didn't have sufficient time to give it full consideration. Also the complexity of the child benefit makes it impossible to do both at the same time. I'm just wondering if you can give a few nudges there.

Mrs. Collins: In fact I think discussions you and I have had have prompted me to look at this. We don't really have the capability within our office to do that, because it's very sophisticated financial analysis. You need the kind of computer runs that you can only get from Finance, so it really has to be that department that would do more work on it. I know they've done some very preliminary work on it, because we had asked them for it.

One of the difficulties you run into in the tax credit regime that we now have is that the basic tax credit is 17%. There's no real advantage to that for a lot of people. Probably the credit would have to be higher than that.

The Chairman: That's why we recommended a refundable child care tax credit worth 50% of the cost of day care up to \$3,000, so you would get your maximum benefit below the turning point. Then it would tail off as the—

Mrs. Collins: I know there's some concern about having different rates for different kinds of deductions within the tax system. That was one concern. As you mentioned, naturally there wasn't a great deal of time to try to do an analysis, so it's something we want to pursue. There's obviously cost involved, and that has to be looked at in terms of overall the cost of providing the existing child care tax deduction versus going to a credit. Who benefits? Who loses?

I'd be interested in your views on this. In some people's minds, individuals who earn, say, \$30,000 to \$40,000 shouldn't be ruled out, but often you lose out when you get into that category.

[Translation]

considérablement d'une région à l'autre, sans compter qu'elle varie aussi selon que la province désire participer et croit au système, ou non. Le problème se pose encore une fois à cause de la structure du Canada. Il est impossible d'avoir un programme national s'il faut compter sur la coopération provinciale par le biais du Régime d'assistance publique du Canada. On le constate également dans d'autres domaines couverts par ce régime, notamment celui des taux d'assistance sociale. Huit sur 10 des provinces ne couvrent même pas les besoins de première nécessité.

Je voudrais que l'on examine la possibilité d'une aide financière plus directe grâce à un crédit de garde d'enfants remboursable. S'agit-il là d'une question qui intéresse votre ministère et qu'il souhaiterait promouvoir? Je crois savoir que le ministère des Finances n'a pas disposé de suffisamment de temps pour étudier la question plus à fond. Il est d'ailleurs impossible de faire les deux choses à la fois à cause de la complexité du régime de prestations pour enfants. Je me demandais simplement si vous ne pourriez pas donner un petit coup de pouce.

Mme Collins: Les entretiens que nous avons eus à ce sujet m'ont en fait incitée à examiner la question. Nous n'avons pas vraiment les moyens nécessaires, chez nous, pour faire ce travail car il s'agit d'une analyse financière extrêmement poussée. Seul le ministère des Finances est capable de faire ce genre de calcul par ordinateur; c'est donc lui qui devra étudier la question plus à fond. Je sais que les Finances ont fait un travail tout à fait préliminaire, car je leur ai posé la question.

Une des difficultés que soulève le régime de crédits d'impôt actuel est que le crédit d'impôt de base est de 17 p. 100. Pour beaucoup de gens, cela ne présente pas de réel avantage. Il faudrait probablement que le crédit soit plus élevé.

La présidente: C'est la raison pour laquelle nous avons recommandé un crédit d'impôt pour garde d'enfants remboursable représentant 50 p. 100 du coût de la garde de jour jusqu'à concurrence de 3,000\$; vous retireriez donc le maximum d'avantage au-dessous de ce point, après quoi, le crédit serait régressif au fur et à mesure que...

Mme Collins: Je sais que l'idée d'avoir des taux différents pour des types différents de déduction dans le cadre du régime fiscal, inspire certaines inquiétudes. Comme vous l'avez dit, nous n'avons pas beaucoup de temps pour effectuer une analyse, et c'est une question qu'il faudrait étudier plus à fond. Cela entraînera manifestement des coûts et il faudra donc comparer le coût du système actuel avec la formule de crédits. Qui est le bénéficiaire? Qui est le perdant?

Je souhaiterais avoir votre opinion à ce sujet. Certains pensent que les personnes qui gagnent de 30 à 40,000\$ ne devraient pas être écartés, mais vous êtes souvent perdants lorsque vous parvenez à cette catégorie.

[Texte]

The Chairman: If you look at the existing child care expense deduction versus the refundable tax credit, those with the lower and middle income benefit more from the refundable tax credit, because their marginal rate of taxation in the middle income area is only around 17%. The higher your marginal rate of taxation is, the higher your benefit. It varies. You get nothing if you have no taxes.

Mrs. Collins: When we were doing the work on the child benefit package. . . It becomes very complicated as you look at cut-off points and who wins, who loses. So if you were going to get into something like this you'd have to be very careful. It takes a lot of work, but I would like to see more done in that area.

• 1105

The Chairman: Also in our report we noted examples of the costs to government in a situation in which a person wasn't working, as compared to working, and it's the same with the licence program. In fact, you save money on your welfare bill if someone whose only option is welfare goes to work—

Mrs. Collins: Oh yes.

The Chairman: —and has licensed day care.

Mrs. Collins: As you know, the Minister of National Health and Welfare, Mr. Bouchard, is now working on a major paper on social policy issues. I don't know when that will be finished or come forward for consideration, but that's the next stage of deliberations on some of these issues, which they'll be looking at.

The Chairman: Good, okay.

Are there other questions?

Ms Black: On page 14 of the estimates it outlines Status of Women Canada's activities regarding the rights of immigrant women. I want to ask whether you, as Minister of Status of Women Canada, will put some pressure on or consult with or make a recommendation to the Minister of Employment and Immigration to revise the new domestic workers regulations, which essentially bar many women of colour in the program. It will not allow them to immigrate to Canada and will, if anything, increase the numbers of nannies who come from western European countries at the expense of women from the developing world.

Mrs. Collins: Yes. I guess there's been a committee that's been addressing this issue. It's not this committee, is it?

Ms Black: No.

An hon. member: It's Dr. Halliday's committee.

Mrs. Collins: It hasn't reported yet, has it? No. I'll be looking forward to its review.

[Traduction]

La présidente: Si vous comparez la déduction actuelle pour frais de garde d'enfants avec le crédit d'impôt remboursable, vous constaterez que les personnes à revenu faible ou moyen bénéficient plus de la deuxième formule parce que leur taux d'imposition marginal dans la fourchette de revenu médiane n'est que de 17 p. 100. Plus votre taux marginal d'imposition est élevé, plus grands sont les avantages que vous tirez de ceux-ci. Cela varie. Vous n'en retirez aucun avantage si vous ne payez pas d'impôt.

Mme Collins: Lorsque nous travaillions sur le régime de prestations pour enfants. . . Cela devient très compliqué lorsqu'on examine les seuils, les gagnants et les perdants. Donc, lorsque vous voulez vous lancer dans ce genre de chose, il faut se montrer très prudent. Cela demande beaucoup de travail, mais j'aimerais que l'on en fasse plus dans ce domaine.

La présidente: D'autre part, dans notre rapport, nous avons noté des exemples des coûts encourus par le gouvernement lorsqu'une personne ne travaille pas, par rapport à celle qui travaille, et il en va de même du programme de licence. En fait, vous économisez de l'argent sur votre enveloppe du bien-être social lorsque quelqu'un dont la seule option est d'être assisté, va travailler. . .

Mme Collins: Oh oui.

La présidente: . . . et bénéficie d'un service de garde d'enfants agréé.

Mme Collins: Comme vous le savez, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Bouchard, prépare actuellement un document de fond sur les questions de politiques sociales. Je ne sais pas quand ce document sera terminé ni quand il sera présenté, mais cela représente l'étape suivante des délibérations portant sur certaines des questions qu'ils étudient.

La présidente: Bien.

Y a-t-il d'autres questions?

Mme Black: La page 14 du budget décrit les activités de Condition féminine Canada en ce qui concerne les droits des immigrantes. En tant que ministre de la Condition féminine, allez-vous exercer des pressions sur le ministre de l'Emploi et de l'Immigration, le consulter ou lui soumettre une recommandation visant à réviser le nouveau règlement relatif aux travailleurs domestiques qui, dans la pratique, interdit à de nombreuses femmes de couleur d'accéder au programme. Ce règlement ne leur permettra pas d'immigrer au Canada et contribuera, en fait à augmenter encore le nombre des gardiennes d'enfants venues des pays d'Europe de l'Ouest au détriment des femmes du monde en développement.

Mme Collins: Oui. Je crois qu'un comité s'occupe de la question. Ce n'est pas celui-ci, n'est-ce pas?

Mme Black: Non.

Une voix: C'est le comité de M. Halliday.

Mme Collins: Il n'a pas encore déposé son rapport, je crois? Non. Je l'attends avec impatience.

[Text]

We've had a number of discussions with Employment and Immigration on this issue. I think it's made more flexible the requirements in terms of what kind of a program. . .

Ms Black: For grade 12 equivalency?

Mrs. Collins: No, on the other, the six-month program. There are two criteria: the new criteria, grade-12 equivalency, and six months. The way the regulations are worded, it provides quite a bit of flexibility. It can be part of your high school education, for example, if you've done home economics, which involves. . .

It doesn't have to be just child care, but care of the elderly or other components within that, as long as there's been someone who's monitored that or ensured that you've completed some studies.

Ms Black: The problem in many of these countries, from where numbers of domestic workers have come in the past, is that they don't have an education system that meets the grade 12 equivalency in Canada. If that remains a criteria for women from the Philippines, for instance, because the schools there don't go that high, it would have to be in post-secondary education, nursing or practical nursing to qualify to meet the grade 12 equivalency in Canada.

Mrs. Collins: Yes. That comes back to the fact that this is really a labour market program, not a humanitarian program, and it has to be examined in terms of the labour market needs of Canada.

One of the concerns has been, and I think it comes back to things that I know we're all concerned about, that many of the. . . primarily women who have come under this program do not have grade 12. They spend two years as a live-in nanny, then they're out in the work force. If you look at what happens to them, they're really at the low end. They just get stuck in poverty. I don't think that's very helpful to them or to the economy.

If those who come have a basic high school education, which is something we're trying to get for everyone in this country, the opportunities after they've fulfilled their two-year contract and have received landed immigrant status will be better because they're going to be in a better position to be able to continue in the labour market at a better economic level and not continue in poverty.

I know there are different views on this. However, some of the people involved in the system feel that they'll be able to cope with this. . .

Ms Black: I understand the labour market philosophy. I do understand that. However, on the other hand, you can't deny that the new regulations have the effect of cutting off women from the developing world, who are mainly women of colour. The concern of many people in Canada is that this implicitly results in a racist policy, and that's what I wanted to. . .

• 1110

Mrs. Collins: I really don't think it does. I mean, I understand from the Philippines that 60% of the current workers would still qualify.

[Translation]

Nous avons discuté à diverses reprises de cette question avec des représentants d'Emploi et Immigration. Je crois que cela assouplit les exigences relatives au type de programme. . .

Mme Black: Pour l'équivalence de la 12e?

Mme Collins: Non, l'autre critère, le programme de six mois. Il y a deux critères: le nouveau, concernant l'équivalence de la 12^e d'études, et celui de six mois. Le règlement est rédigé de manière à assurer une certaine souplesse d'application. Cela peut entrer dans le cadre de vos études secondaires, par exemple, si vous avez fait des études ménagères, ce qui comprend. . .

Il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse de garde d'enfants; ce peut être aussi bien des soins aux personnes âgées ou d'autres éléments entrant dans ce genre de travail, tant que vous l'avez fait sous surveillance ou que vous avez effectué certaines études.

Mme Black: Le problème dans beaucoup de pays d'où sont venus un grand nombre de travailleurs domestiques dans le passé, est qu'ils n'ont pas un système d'instruction qui ait l'équivalent de la 12^e année au Canada. Si cela demeure un critère pour les femmes des Philippines, par exemple, pays où les études ne vont pas si loin, il faudrait avoir fait des études postsecondaires, des études d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire pour obtenir l'équivalence de la 12^e année au Canada.

Mme Collins: Oui. Cela nous ramène au fait qu'il s'agit véritablement d'un programme visant le marché du travail et non d'un programme humanitaire et que la situation doit être interprétée en fonction des besoins du marché du travail au Canada.

Un des problèmes, et je crois que cela nous ramène au sujet qui nous préoccupe toutes c'est que beaucoup. . . la majorité des femmes qui sont venues ici dans le cadre de ce programme n'ont pas le niveau d'études de la 12^e année. Elles passent deux années comme gardiennes à domicile, après quoi elles se retrouvent dans la population active. Elles se retrouvent au bas de l'échelle et ne réussissent pas à échapper à la pauvreté. Je ne pense pas que cela soit très bon pour elles ni pour notre économie.

Si les nouvelles arrivées ont une formation secondaire de base, ce que nous essayons de donner à tout le monde dans ce pays, les débouchés qui s'offriront à elles après qu'elles aient rempli leur contrat de deux ans et obtenu le statut d'immigrantes reçues, seront bien meilleures car elles seront mieux placées pour continuer sur le marché du travail à un niveau économique plus élevé, au lieu de continuer à vivre dans la pauvreté.

Je sais que les avis diffèrent là-dessus. Certaines des personnes qui administrent le système estiment cependant qu'elles pourront faire face à ce. . .

Mme Black: Je comprends fort bien les principes du marché du travail. On ne peut cependant pas nier que le nouveau règlement éliminera les femmes du monde en développement, qui sont en majorité des femmes de couleur. Beaucoup de Canadiens craignent que cela ne se traduise implicitement par une politique de racisme, et c'est ce que je voulais. . .

Mme Collins: Je ne le pense vraiment pas. Je crois que, en ce qui concerne les Philippines, 60 p. 100 des travailleurs actuels seraient encore admissibles.

[Texte]

Ms Black: That's open to debate.

My other question is on training for women and some of the changes to it. We've seen the cutbacks to the Canadian Jobs Strategy—\$100 million in this last budget and \$100 million the year before.

In some of the calling around I've done to some of the departments on this issue, I've been given responses like, "Women have had their chance at all of this; women are done and over with", or "women have made improvements and they're no longer considered to be one of the main target groups in training."

I wanted to ask about the \$100-million cuts to the Canadian Jobs Strategy and to mention that these cuts have resulted in the closure or the exclusion of women clients who aren't currently on unemployment insurance. The places that have closed are things like the women's employment training unit in Vancouver, *Experience Unlimited* for older workers in British Columbia, *Mosaic*. I could list a whole lot of organizations that I'm sure you're familiar with as minister. How can all of this be justified?

The participation rate for women fell from 42.5% in 1987 to 39% this year, even though women make up about 45% of the labour force, 52% of the population, and 60% of the poor. So how can your department justify these cuts to the Canadian Jobs Strategy program and the change in focus away from women?

Mrs. Collins: The criteria still focus on employment equity under the Canadian Jobs Strategy. But don't forget, that's only one component of Employment and Immigration's total training package. The total training package has increased. I think it's \$3.4 billion this year, with funding out of the UI fund plus the Canadian Jobs Strategy. So I think you really have to look at the total funding for training in Canada.

Ms Black: But my concern is that what women are being told—women's organizations, groups like *Mosaic* who I've met with in Vancouver—is that if your clients are not already on UI, then they're not to be part of the program. So it's excluding all of the other women who are not already on unemployment insurance. Those who are on unemployment insurance in some respects have a better opportunity already to get back into the work force than those women who are just entering for the first time.

Mrs. Collins: Not necessarily. The focus of the UI is indeed on UI, but there is more money available. I know in my area, in talking to some of the people, there have been increases.

Ms Black: Then why are all these places being shut down if there's more money available?

[Traduction]

Mme Black: C'est discutable.

Mon autre question a trait à la formation des femmes et à certains des changements apportés dans ce domaine. Nous avons pu constater que la Stratégie de planification de l'emploi a perdu 100 millions de dollars dans le dernier budget, et 100 millions, l'année précédente.

Au cours des conversations que j'ai pu avoir avec certaines personnes de divers ministères, à ce sujet, j'ai obtenu des réponses du genre, «les femmes ont eu leur chance; aux autres, maintenant», ou «les femmes ont progressé et ne sont plus considérées comme un des principaux groupes cibles dans le domaine de la formation.»

Je voulais les interroger sur les coupures de 100 millions de dollars effectuées dans le budget de la Stratégie de planification de l'emploi et mentionner que ces coupures ont entraîné la fermeture de certains centres ou l'exclusion de clientes qui ne sont pas actuellement au chômage. Parmi les centres qui ont fermé, il y a l'unité de formation à l'emploi pour les femmes de Vancouver, *Experience Unlimited* pour les travailleurs âgés de la Colombie-Britannique, «*Mosaic*». Je pourrais vous donner toute une liste d'organisations qu'en tant que ministre, vous connaissez certainement. Comment peut-on justifier cela?

Le taux de participation des femmes est tombé de 42,5 p. 100 en 1987 à 39 p. 100 cette année, en dépit du fait qu'elles représentent 45 p. 100 de la population active, 52 p. 100 de la population générale et 60 p. 100 des pauvres. Comment votre ministère peut-il donc justifier ces coupures au budget de la Stratégie de planification de l'emploi et le fait que les femmes ne sont plus considérées comme un groupe cible?

Mme Collins: Les critères demeurent axés sur l'équité en matière d'emploi dans le cadre de la Stratégie de planification de l'emploi. Mais n'oubliez pas que cela ne constitue qu'un des éléments de l'ensemble de formation offert par Emploi et Immigration. Le budget total de ce programme a augmenté. Je crois qu'il est de 3,4 milliards de dollars cette année et qu'il est financé grâce au Fonds d'assurance-chômage et à la Stratégie de planification de l'emploi. Je crois donc qu'il faut que vous preniez en considération l'ensemble de l'appui financier accordé à la formation au Canada.

Mme Black: Mais ce qui m'inquiète c'est que l'on dit aux femmes—aux organisations féminines, aux groupes tels que «*Mosaic*» que j'ai rencontrés à Vancouver—que si elles ne sont pas déjà à l'assurance-chômage, elles ne sont pas couvertes par le programme. Toutes les autres femmes qui ne sont pas déjà à l'assurance-chômage se trouvent donc exclues. Celles qui bénéficient de l'assurance-chômage sont déjà mieux placées, à certains égards, pour retrouver une place dans la population active que les femmes qui y accèdent pour la première fois.

Mme Collins: Pas nécessairement. L'assurance-chômage vise essentiellement les chômeurs, mais il y a de l'argent ailleurs. J'ai parlé à certaines de ces personnes et je sais que, dans mon secteur, il y a eu des augmentations.

Mme Black: Pourquoi donc ferme-t-on tous ces centres, s'il y a de l'argent?

[Text]

Mrs. Collins: As I understand it—because we've asked some questions—it's regional. They haven't been able to give us all the information because regional offices are making these decisions, and we have asked for further information on it.

Particularly immigrant and visible minority women are target groups for these programs. We want to ensure they still continue to have access to training programs. There's obviously work that's going to have to be done in that area. Again, Mr. Valcourt can provide you with some more information on it. The total funding is going to increase. As people get off UI and back into the work force, then hopefully more funding can become available for those who are not yet on UI.

Ms Black: Perhaps. I won't take up an unfair share of the time, but I've got a list of the places that have either closed or are being reduced.

Mrs. Collins: Sure. Do you want to give that to us and we will look at it?

Ms Black: Later, in writing, and would you respond?

Mrs. Collins: Sure.

The Chairman: I've noticed the same thing, but I think the philosophy is being changed to focus more on those coming off unemployment insurance, as you stated, and the other people in the Toronto area are going into the school system.

Everybody in Ontario is entitled to a grade 12 education, and the adult education programs available are quite extensive. You can go to school if you're on welfare in Ontario. I'm not sure what the situation is in B.C., but again we're probably getting into a very unequal situation.

Ms Black: Across the country, yes.

Mrs. Collins: That program I visited in North York with you was providing upgrading training for a variety of people.

The Chairman: Yes, the North York board has more adult students than it has young students. So has Toronto. They're getting into the adult education area, so basically the UI funds are being used for people who were—

• 1115

Mrs. Collins: Don't forget, the other change that is occurring is the whole development of the labour market development boards, the national board that is operating, and women's groups have been involved in the development of the membership and the criteria for that... then provincial boards and I guess down to regional boards that are going to have responsibility for the decisions about allocation of funds and the kinds of training that is appropriate within a regional context. It is going to become a more localized decision-making process in terms of the whole funding of training and retraining, which I would hope would enable it to improve a focus for women.

[Translation]

Mme Collins: Si je comprends bien—nous avons posé la question—c'est un phénomène régional. On n'a pas pu nous fournir tous les renseignements que nous désirions car ce sont les bureaux régionaux qui prennent ce genre de décisions, et nous avons donc réclamé un complément d'information.

Ces programmes visent particulièrement les immigrantes et les femmes appartenant à des minorités visibles. Nous voulons nous assurer qu'elles continueront à avoir accès aux programmes de formation. Il va manifestement y avoir du travail à faire dans ce domaine. Je le répète, M. Valcourt pourra vous fournir de plus amples renseignements. Le budget total va augmenter. Au fur et à mesure que les gens retournent à la vie active, on peut espérer que l'on disposera de plus de fonds pour les personnes qui ne bénéficient pas encore de l'assurance-chômage.

Mme Black: Peut-être. Je ne veux pas abuser du temps dont nous disposons, mais j'ai ici une liste d'endroits qui ont été fermés ou dont on est en train de réduire les activités.

Mme Collins: Certainement. Voulez-vous nous la remettre pour que nous l'étudions?

Mme Black: Plus tard, par écrit. Nous donnerez-vous une réponse?

Mme Collins: Certainement.

La présidente: J'ai remarqué la même chose, mais je crois que l'on veut maintenant s'occuper plus des personnes qui, comme vous l'avez dit, cessent de bénéficier de l'assurance-chômage, ainsi que des autres personnes de la région de Toronto qui entrent dans le système scolaire.

En Ontario, tout le monde a droit à des études jusqu'au niveau de la douzième année, et les programmes d'éducation des adultes sont très nombreux. Dans cette province, vous pouvez aller à l'école, si vous êtes assisté social. Je ne suis pas certaine de ce qu'est la situation en Colombie-Britannique, mais nous allons probablement encore une fois nous trouver dans une situation où il y aura des inégalités flagrantes.

Mme Black: Oui, dans tout le pays.

Mme Collins: Lors de ma visite avec vous à North York, j'ai pu voir fonctionner un programme de perfectionnement destiné à des personnes très diverses.

La présidente: Oui, la Commission scolaire de North York a plus d'élèves adultes que de jeunes élèves. C'est également le cas de Toronto. On se lance là-bas dans le domaine de l'éducation des adultes, si bien que les fonds d'assurance-chômage sont essentiellement utilisés pour les personnes qui étaient... .

Mme Collins: N'oubliez pas l'autre changement qui est en train de se produire: le renforcement des commissions de développement du marché du travail, la commission nationale qui fonctionne déjà, et les groupes féminins qui ont participé au recrutement et à l'établissement des critères... sans compter les commissions provinciales et même, régionales, qui seront chargées de prendre les décisions au sujet de l'affectation des fonds et du choix des types de formation appropriés dans un contexte régional. Le processus de prise de décisions va donc prendre un caractère plus local dans le domaine du financement de la formation et du recyclage, ce qui permettra, je l'espère, de faire une plus large place aux femmes.

[Texte]

Ms Black: We have concerns about that consultative process with the women's organizations that have been involved in that, particularly around the whole issue of immigrant women and language training.

Mrs. Collins: But not, I don't think, in terms of the original participation on the national board.

Ms Black: Yes, I think so.

Mrs. Collins: Because the CCLOW co-ordinated the consultation process for that.

The Chairman: Once again they're dumping it onto the local level where it exists. Our community is very fortunate in that we have this board of education that was in the position where it had dropping enrolment. It suddenly started marketing its services to another whole group when the legislation changed to allow funding of adults up to grade 12. They've developed these enormous programs. They provide English as a second language training cheaper than the community colleges.

It does seem to me that model is excellent, particularly in communities with changing populations, and also for summer use of schools, evening use of schools, the whole thing. It's a very efficient way to provide those services, but it seems to me there's a need to look at it on a structural basis across Canada or else you're just going to have situations where in one community they can't get ESL training, they can't get into a training program, they can never work. The immigrant women are so disadvantaged.

Ms Black: That's my concern. It was Employment and Immigration's own memo that said the participation rate of women in the training programs has decreased steadily since 1987 by the figures I gave you.

Mrs. Collins: But then you look at some of the other innovations they are developing. One is the program I mentioned before for assisting primarily women to get off social assistance and into the workplace. The other is the employment improvement program that is relatively new under CJS, and it's particularly focused on supporting women's participation in a variety of areas—employment counselling, project-based training, wage reimbursement income support. So that's another program that is new and is focusing a lot of attention on women. So there are some things happening in that area as well.

Mrs. Anderson: I just want to ask about the employment improvement program. Does this come out of general revenue under Canadian Jobs Strategy?

Mrs. Collins: CJS is general revenue.

Mrs. Anderson: Yes.

Mrs. Collins: There is the fund out of UI.

[Traduction]

Mme Black: Nous avons quelques réserves au sujet du processus de consultation des organisations féminines qui ont participé à cela, en particulier en ce qui concerne les immigrantes et la formation linguistique.

Mme Collins: Mais je ne pense pas que vous en ayez au sujet de la participation, des débuts, de la commission nationale.

Mme Black: Je ne le pense pas, en effet.

Mme Collins: Car c'est le CCPEF qui a coordonné le processus de consultation dans ce domaine.

La présidente: Encore une fois, c'est sur les autorités locales que cela retombe. Notre collectivité a beaucoup de chance car nous avons un conseil scolaire dont les effectifs diminuaient. Il a donc tout à coup commencé à commercialiser ses services à l'intention d'un groupe totalement différent lorsque les changements apportés à la loi ont permis d'accorder une aide financière aux adultes jusqu'au niveau de la 12^e année. La commission a donc mis au point ces énormes programmes et offre des cours d'anglais deuxième langue à meilleur marché que les collèges communautaires.

Ce modèle me paraît excellent, en particulier dans les collectivités où la composition de la population se transforme; il permet également d'utiliser les écoles en été, le soir, etc. C'est un moyen très efficace de fournir ce genre de services, mais il me semble qu'il faudrait envisager ce genre de système pour l'ensemble du Canada, sans quoi nous allons nous retrouver dans le genre de situation où dans une collectivité donnée ces gens-là ne pourront pas suivre de cours ESL, ne pourront pas suivre de programme de formation et ne pourront jamais travailler. Les immigrantes sont tellement désavantagées.

Mme Black: C'est ce qui m'inquiète. Dans une de ses propres notes de service, Emploi et Immigration déclarait que le taux de participation des femmes aux programmes de formation avait régulièrement diminué depuis 1988, comme le montrent les chiffres que je vous ai donnés.

Mme Collins: Mais il faut également tenir compte des autres innovations. L'une d'entre elles concerne un programme que j'ai déjà mentionné et qui est destiné à aider en priorité les femmes à se passer de l'assistance sociale et à trouver un emploi. L'autre est le Programme d'amélioration de l'emploi qui est relativement nouveau dans le cadre de la SPE, et vise en particulier à aider les femmes à participer dans divers domaines...counselling d'emploi, formation ponctuelle, soutien du revenu sous forme de remboursement au titre de salaire. Voilà donc un autre programme qui est nouveau et qui est très axé sur les femmes. Donc, les choses bougent aussi dans ce domaine.

Mme Anderson: Pourriez-vous me dire si le Programme d'amélioration de l'emploi est alimenté par les recettes générales dans le cadre de la SPE?

Mme Collins: La Stratégie de planification de l'emploi est alimentée par les recettes générales.

Mme Anderson: Oui.

Mme Collins: Il y a le fonds alimenté par l'assurance-chômage.

[Text]

Mrs. Anderson: Right, so this is where they've cut back the \$100 million and \$100 million, and the labour force development strategy has increased by quite a bit.

Mrs. Collins: That's right. The total amount is \$3.4 billion in 1992-93.

Mrs. Anderson: For CJS?

Mrs. Collins: No, for the labour force development strategy. The CJS budget is \$1.6 billion, so the funding that comes out of UI, the special fund there, is primarily focusing on UI recipients. CJS is a broader mandate. It includes the innovations program, work improvement, job training. It's ever more flexible in the kinds of things it can do.

Mrs. Anderson: Thank you. I was just going to change the subject. On page 13 it mentions aboriginal women being the most disadvantaged, and they lack the education, training and support services necessary to improve their economic status. The Status of Women are supporting the work of the economic development of the Canadian aboriginal women. Can you elaborate a bit on what it is they're doing?

• 1120

Mrs. Collins: This project is the only one we are directly involved in, in terms of being the project managers through Status of Women. It's jointly funded from our department, Employment and Immigration, Indian and Northern Affairs and ISTC. Aboriginal Women and Economic Development is a four-year program. We provide the financial support for the secretariat that has been established.

They have a national co-ordinator and an executive secretary. They are looking at a whole variety of ways where aboriginal women can access funding out of CAEDS, for example, the Canadian Aboriginal Economic Development Strategy. There was a real concern that CAEDS, which is the major program for funding aboriginal economic development, wasn't focusing effectively on the needs of aboriginal women. So that is one of their main activities.

They've been involved in all sorts of other things. They're doing an aboriginal women's trade show. They're doing a video. They're getting other funding to do various kinds of projects. One is called *Sense of Spirit*, which is about the role of aboriginal women and entrepreneurial spirit. They're doing a comprehensive database on aboriginal women and business and economic development initiatives. And they're doing a case study report of aboriginal women in business.

They're working with the private sector—the Canadian Export Association and some of the banks—and talking with them to get them involved. They're developing brochures and they're trying to energize this whole sector. There's

[Translation]

Mme Anderson: C'est donc là où ces coupures de 100 millions de dollars ont été faites, mais le budget de la stratégie de développement de la population active a sensiblement augmenté.

Mme Collins: C'est exact. Le montant total est de 3,4 milliards de dollars pour 1992-1993.

Mme Anderson: Pour la Stratégie de planification de l'emploi?

Mme Collins: Non, pour la stratégie de développement de la population active. Le budget de la SPE est de 1,6 milliard de dollars; donc le fonds spécial alimenté par l'assurance-chômage est surtout destiné aux bénéficiaires de cette assurance. La SPE a un mandat plus général. Elle comporte le Programme d'aide à l'innovation, l'amélioration du travail, la formation au travail. Elle jouit d'encore plus de latitude.

Mme Anderson: Merci. Je voudrais changer de sujet. A la page 13, on mentionne que les femmes autochtones sont les plus désavantagées, et qu'elles n'ont ni l'instruction, ni la formation, ni les services de soutien nécessaires pour améliorer leur situation économique. Condition féminine Canada apporte son soutien à l'amélioration de la situation économique des femmes autochtones canadiennes. Pourriez-vous nous donner plus de détails sur ce que vous faites?

Mme Collins: Condition féminine Canada est gestionnaire de ce projet qui est le seul auquel nous participons directement. Il est cofinancé par notre ministère, par Emploi et Immigration, par Affaires indiennes et du Nord Canada et par ISTC. Les Femmes autochtones et le développement économique est un programme de quatre ans. Nous fournissons une aide financière au secrétariat qui a été constitué.

Ce secrétariat comprend une coordonnatrice nationale et une secrétaire administrative. Le but poursuivi est de trouver des moyens, pour les femmes autochtones, de bénéficier de l'aide financière de la SCDEA, par exemple, dans le cadre de la Stratégie canadienne de développement économique des autochtones. Certains s'inquiétaient beaucoup de voir que la SCDEA, qui est le principal programme de financement du développement économique des autochtones, ne répondait pas aux besoins des femmes autochtones. C'est donc là une des principales activités de ce programme.

Les participantes à ce projet s'occupent de toutes sortes d'autres choses. Elles sont en train d'organiser un salon commercial des femmes autochtones. Elles préparent un vidéo. Elles recueillent d'autres fonds pour réaliser divers projets. L'un d'entre eux s'appelle *Sense of Spirit* (Le vent de l'esprit) et a trait au rôle des femmes autochtones et à l'esprit d'entreprise. Elles sont en train de constituer une base de données complète sur les femmes, sur les entreprises et sur les initiatives de développement économique autochtone. Après avoir effectué une étude de cas, elles préparent un rapport sur les femmes d'affaires autochtones.

Elles travaillent avec le secteur privé—l'Association des exportateurs canadiens et certaines des banques—dont elles veulent s'assurer la participation. Elles préparent des brochures et essayent de donner plus de dynamisme au

[Texte]

tremendous talent out there among aboriginal women, many of whom have started small home-based industries but need that support to enable them to grow. They need access to loans. They need access to training. That's the focus of this project—to develop that. There is an advisory committee made up of aboriginal women themselves, who have been the main focus, and we work with them. We provide the money for the secretariat, but then other support is required.

Mrs. Anderson: This funding is coming from Indian Affairs and the Status of Women?

Mrs. Collins: It's from four departments. We signed a joint memorandum of agreement between the four departments and the aboriginal women's advisory group to establish the secretariat, which is housed with the Native Women's Association of Canada.

Mrs. Anderson: Is it working out well?

Mrs. Collins: They are very active and they're doing a lot of things. I think they are using the seed money to enable them to access other money. They're getting money from other organizations and other departments of government to fund some of the specific activities.

Mrs. Anderson: When was that brought in?

Mrs. Collins: The announcement was in March 1991 and November 1991 was when they incorporated.

Mrs. Anderson: Have you had feedback on how many might be involved?

Mrs. Collins: I don't think I have that yet. I think it's probably too early.

Mrs. Anderson: I was curious to know. It's probably too early.

Mrs. Collins: What they're doing now is developing the database and some of these other activities. For example, the trade show they're planning will depend on how many people get involved in that. That's one of the activities they have under way.

Ms Black: I want to follow up on an issue the chairperson raised earlier, and that's the issue of pensions and older women. Minister, you stated earlier that some progress had been made—reported by Statistics Canada—in terms of the incomes of elderly women. It's clear that there is a group of women in our society, age 55 to 65 or around those years, who may not have been in the paid work force, and for whatever reason, through death, abandonment or divorce, are left on their own without any financial resources. I think those were the women the chair was referring to...the programs they cannot access in those years.

There's another issue relating to this age group on page 17 of the estimates. It says Status of Women will review issues related to older women and poverty. I want to focus on the women before age 65, before they're eligible for OAP or

[Traduction]

secteur tout entier. Il y a énormément de talent chez ces femmes autochtones, dont beaucoup ont lancé de petites industries à domicile, mais ont besoin de l'aide nécessaire pour leur permettre de grandir. Elles ont besoin d'avoir accès à des prêts. Elles ont besoin d'avoir accès à des cours de formation. C'est précisément là l'objectif de ce projet. Il y a un comité consultatif composé de femmes autochtones, qui est la cheville ouvrière de tout cela, et nous collaborons avec lui. Nous fournissons l'argent nécessaire au fonctionnement de secrétariat, mais ce n'est pas suffisant.

Mme Anderson: Cette aide financière est-elle fournie par les Affaires indiennes et par Condition féminine Canada?

Mme Collins: Par quatre ministères. Nous avons signé un protocole d'entente commun entre les quatre ministères et le groupe consultatif des femmes autochtones afin d'établir le secrétariat, qui est logé dans les locaux de la *Native Women's Association of Canada*.

Mme Anderson: Cela marche-t-il bien?

Mme Collins: Ces femmes sont extrêmement actives et font une foule de choses. Je crois qu'elles utilisent les fonds de démarrage pour avoir accès à d'autres ressources financières. Elles obtiennent de l'argent d'autres organisations et d'autres ministères, ce qui leur permet de financer leurs activités.

Mme Anderson: De quand cela date-t-il?

Mme Collins: L'annonce a été faite en mars 1991 et elles se sont constituées en société en novembre de la même année.

Mme Anderson: Savez-vous combien de personnes cela concerne-t-il?

Mme Collins: Non. Je crois qu'il est probablement trop tôt pour cela.

Mme Anderson: C'était simplement par curiosité. C'est probablement trop tôt, en effet.

Mme Collins: Elles développent maintenant leur base de données et poursuivent d'autres activités. Par exemple, le succès de la manifestation commerciale qu'elles préparent dépendra du nombre de personnes qui y participeront. Voilà un des projets en préparation.

Mme Black: Je voudrais revenir à une question soulevée plus tôt par la présidente, celle des pensions et des femmes âgées. Madame la ministre, vous avez déclaré plus tôt que des progrès ont été réalisés—signalés d'ailleurs par Statistique Canada, dans le domaine des revenus des personnes âgées. Il est clair qu'il s'agit là d'un groupe de femmes de notre société, âgées de 55 à 65 ans environ, qui n'ont peut-être pas occupé un emploi rémunéré dans le passé et qui, pour diverses raisons, décès, abandon ou divorce, se retrouvent seules, sans aucune ressource financière. Je crois que c'est à ces femmes que la présidente faisait allusion...et aux programmes auxquels elles n'ont pas pu avoir accès.

Une autre question est soulevée au sujet de ce groupe d'âge à la page 17 du budget où il est indiqué que Condition féminine Canada étudiera les questions liées à la pauvreté et aux femmes âgées. Je voudrais que l'on parle plus

[Text]

GIS. There is a bill that is before the House right now, Bill C-55, which is dealing with pensions. One of the problems with the legislation, as it is drawn up right now, is that it will not do anything for the women who were denied access to federal government pensions—

• 1125

Mrs. Collins: The diplomatic corps.

Ms Black: —the diplomatic corps, yes, and all of those federal pensions. The women who have already been separated or divorced will not have access to a share in those pensions. So you have the case of women who have been left without a share in the pension, and they supported their husbands' careers while they made their way through—

Mrs. Collins: I thought they could as long as their husband had not died.

Ms Black: Not retroactively. I have referred a number of cases to you.

Mrs. Collins: Yes.

Ms Black: We have corresponded on them in the past. The question that I want to ask is, will Status of Women Canada work with Treasury Board to introduce an amendment that would ensure that the women who are left out, I guess, of this legislation will have a means to access some of that pension money? Or would the minister support an amendment—if it was presented at report stage—that specifically addressed the needs of these women?

Mrs. Collins: My understanding, from the advice I have received, in reviewing it, is that there is a retrospective aspect to the legislation and that these women can apply.

Ms Black: It is a very large piece of legislation with a lot of—

Mrs. Collins: I know, it is very detailed.

Ms Black: Our reading of it is that there will be still a significant number of women who cannot go back and access funds through Bill C-55; it will not allow those women to do that. If you want, then, I could document this for you.

Mrs. Collins: Yes. I had asked for some more information on that. I have received some representations on it. The advice I had was that if your spouse has died, it is too late; it is gone.

Ms Black: It is gone, yes.

Mrs. Collins: But if you are divorced or separated, you could apply and the minister can. . . You have to go back to the court. Now, one of the problems is that if you had already got a court order dividing all your property, based on the fact—

Ms Black: And it was not considered?

[Translation]

particulièrement des femmes de moins de 65 ans, avant qu'elles ne soient admissibles à la pension de vieillesse ou au supplément de revenu garanti. Il y a un projet de loi actuellement à l'étude à la Chambre, le projet de loi C-55, qui porte sur les pensions. Un des problèmes de la loi actuelle est qu'elle ne prévoit rien pour les femmes qui se sont vues refuser l'accès aux pensions du gouvernement fédéral. . .

Mme Collins: Le corps diplomatique.

Mme Black: . . . le corps diplomatique, oui, et toutes ces autres pensions fédérales. Les femmes déjà séparées ou divorcées ne pourront pas bénéficier de ces pensions. Vous avez donc là des femmes qui se retrouvent sans aucune part de la pension de leurs époux alors qu'elles ont soutenu la carrière de ceux-ci pendant qu'ils s'élevaient. . .

Mme Collins: Je croyais qu'elles y avaient droit tant que leur époux n'était pas décédé.

Mme Black: Pas rétroactivement. Je vous ai soumis un certain nombre de cas.

Mme Collins: En effet.

Mme Black: Nous avons correspondu à ce sujet dans le passé. La question que je voudrais poser est la suivante: Condition féminine Canada collaborera-t-il avec le Conseil du Trésor pour présenter une modification qui garantirait aux femmes exclues par cette loi, le moyen d'avoir accès à une partie de ces pensions? Ou la ministre serait-elle favorable à un amendement—s'il était présenté à l'étape du rapport—répondant précisément aux besoins de ces femmes?

Mme Collins: D'après les avis qui m'ont été donnés au moment de l'examen de ce projet de loi, je crois comprendre qu'il comporte un élément rétroactif et que ces femmes pourraient donc présenter une demande.

Mme Black: C'est un texte de loi très volumineux qui contient une foule de. . .

Mme Collins: Je sais, il est très détaillé.

Mme Black: D'après notre interprétation, il continuera à y avoir un nombre important de femmes qui ne pourront pas revendiquer l'accès à ces fonds de pension en vertu du projet de loi C-55; celui-ci ne les y autorisera pas. Si vous le désirez, je pourrais vous fournir des documents à ce sujet.

Mme Collins: Oui. Je vais demander de plus amples renseignements. J'ai obtenu un certain nombre d'avis. Notamment, que si votre conjoint était décédé, c'était trop tard; il n'y avait plus rien à faire.

Mme Black: En effet.

Mme Collins: Mais si vous êtes divorcée ou séparée, vous pourriez faire une demande et le ministre pourrait. . . Il faut revenir devant le tribunal. Un des problèmes que cela soulève est que vous avez déjà un jugement du tribunal ordonnant le partage de vos biens, en fonction. . .

Mme Black: Et on n'en a pas tenu compte?

[Texte]

Mrs. Collins: —but if it was considered and you got a court order taking that into account, then it would not necessarily be fair now for you to get double benefit. But if it had not been taken into account, you could go back to the court and get a court order; then it would apply and you could get the splitting.

Ms Black: I think there is a significant number of people who will not be able to, and I could document that for you.

Mrs. Collins: Okay, we will have a look at that.

Ms Black: If that is the case, and if I can convince you that there is this significant number of women who will not be eligible to go back—who are living in poverty right now—would you then support an amendment to the bill?

Mrs. Collins: I would certainly be glad to have a look at it, because that was one of my concerns in the analysis that we did. It applies in my other function as Associate Minister of National Defence, and I have been quite concerned about it from that perspective, that this would be possible.

Ms Black: We are in the process right now in my office—

Mrs. Collins: Are you on that committee?

Ms Black: No, but I am in the process now of drafting an amendment, so I will consult with you and show you where we feel it does not meet those concerns.

Mrs. Collins: Right. It is a very complicated bill.

Ms Black: Yes.

The Chairman: ...[Inaudible—Editor] So here they are in this situation where they have signed away their rights, not knowing it could ever happen, never being advised. I have some who are living on the proceeds from the sale of the house, and their income is diminishing all the time because of the lower interest rates; they feel they would be entitled to this spouse's allowance if in fact there were not this discriminatory aspect.

Mrs. Collins: But the problem would be if, within your divorce settlement, this had already been taken into account and if you have a total estate, including the pension, that had been valued—

The Chairman: Yes, but the spouse's—

Mrs. Collins: —at \$500,000, and you had taken \$250,000.

The Chairman: The spouse's allowance is totally publicly supported.

Mrs. Collins: No, I am not talking about the spouse's allowance.

The Chairman: It is not part of anybody's estate. What we have said is, okay, if you were married, you can get this.

[Traduction]

Mme Collins: ...mais si on en tenait compte et si vous obteniez une décision du tribunal à cet effet, il ne serait pas nécessairement juste que vous tiriez maintenant un double bénéfice de la situation. Mais si cet élément n'avait pas été pris en considération, vous pourriez vous présenter à nouveau devant le tribunal et obtenir une ordonnance qui vous permettrait d'obtenir le partage.

Mme Black: Je crois qu'un nombre important de personnes ne pourront pas le faire, et je pourrais vous le prouver.

Mme Collins: Bien, il faudra que nous examinions la question.

Mme Black: Si c'est le cas, et si je peux vous convaincre qu'il y a un nombre important de femmes qui ne pourront pas bénéficier de cette rétroactivité—femmes qui vivent actuellement dans la pauvreté—accepteriez-vous d'appuyer un amendement au projet de loi?

Mme Collins: Je serais certainement très heureuse de l'étudier, car c'est là une des choses qui m'ont préoccupée, lorsque nous avons analysé cette question. Cela relève également de mon autre fonction de ministre associé de la Défense nationale, et la possibilité qu'une telle situation puisse exister m'a beaucoup inquiétée.

Mme Black: En ce moment même, dans mon bureau nous préparons...

Mme Collins: Faites-vous partie de ce comité?

Mme Black: Non, mais je suis en train de rédiger un amendement; je vous consulterai donc et vous montrerai en quoi le projet de loi ne règle pas ce problème.

Mme Collins: Bien. C'est un projet de loi très complexe.

Mme Black: Oui.

La présidente: ...[Inaudible.Éditeur] Voilà donc des femmes qui ont signé un document par lequel elles renoncent à tous leurs droits, ne sachant pas que cela pourrait jamais se produire, puisque personne ne les avait conseillées. J'en connais qui vivent du produit de la vente de leur maison, et leur revenu diminue constamment à cause de la baisse des taux d'intérêt; ces femmes estiment qu'elles devraient avoir droit à une part de la pension de leur conjoint si cet élément discriminatoire n'existait pas.

Mme Collins: Il y aurait cependant un problème si cela avait déjà été réglé dans votre décret de divorce et si le total des biens, y compris la pension, avait été évalué...

La présidente: Oui, mais l'allocation au conjoint...

Mme Collins: ...à 500,000 dollars, et que vous en ayez reçu 250,000.

La présidente: L'allocation au conjoint est totalement assurée grâce aux fonds publics.

Mme Collins: Non, ce n'est pas de cela que je parle.

La présidente: Elle ne fait pas partie de sa succession. Ce que nous avons dit à ces femmes c'est que si elles étaient mariées, elles pourraient obtenir ceci.

[Text]

[Translation]

• 1130

Mrs. Collins: I'm talking about someone who'd been a federal civil servant. Until now their pension credits were not splittable. Therefore if they divorced, if they had smart lawyers—saying it was the wife, because it could be either—then hopefully they would have taken that into account and said, the value of that pension is x dollars and that becomes part of consideration of the total wealth of that family, and therefore I get something else in lieu of that. If you now said that person has a right also to go back and get the 50% or whatever, depending on how many years they lived with the person, of the credits, then that might not be fair.

So that's where the complexity is in terms of retroactivity: that retroactivity is not automatic, but it can be addressed on a case-by-case basis. This was my understanding.

Ms Black: We've consulted a lawyer on this as well, and one of the difficulties is that, regardless of whether it was taken into consideration or not, once you have the court order that divides the community property or the marriage property, there is an appeal period after that. I'm not sure how long it is. Once that appeal period has expired, you can't go back to court on the division of family assets.

You can go back on support, but this isn't support. This is division of property. So that's exactly where the problem is. So the women you and I have written back and forth on for the last three or four years will not be able to go back if they had a court order dividing family property, even if it didn't take into account the husband's pension. That's the problem, and that's where we're trying to draft an amendment.

Mrs. Collins: Yes, because the Canada Pension Plan did take that into account.

Ms Black: Yes.

Mrs. Collins: In fact, more recently there was an amendment to facilitate that going back even further.

Ms Black: My question is, will you support such an amendment?

Mrs. Collins: I'd be pleased to look at that, because that would be a concern I would have too.

The Chairman: We've had a good discussion.

This meeting stands adjourned.

Mme Collins: Je vous parle d'une personne qui a été fonctionnaire. Jusqu'à présent, ses crédits de pension ne pouvaient pas être partagés. En cas de divorce, avec des avocats habiles—disons qu'il s'agisse de la femme, car ce pourrait tout aussi bien être le mari—on peut espérer que ce sont là des éléments qui auraient été pris en ligne de compte. Dans un tel cas, la valeur de cette pension serait de X dollars et elle entrerait dans le calcul de la richesse totale de cette famille. À partir de ce moment-là, la femme a droit à une compensation. Si vous vous dites maintenant que celle-ci a aussi le droit de venir réclamer 50 p. 100 des crédits de pension, ou tout autre pourcentage, selon le nombre d'années de vie commune, ce ne serait pas très juste.

C'est cela qui fait la complexité de ce principe de rétroactivité: j'avais cru comprendre qu'il n'était pas automatique, mais qu'il pourrait jouer de manière ponctuelle.

Mme Black: Nous avons également consulté un avocat à ce sujet, et que cela ait été pris en considération ou non, une fois que vous avez obtenu l'ordonnance du tribunal qui divise les biens de la communauté ou les biens du mariage, il y a une période d'appel dont je ne connais pas exactement la durée. Une fois qu'elle a expiré, il ne vous est plus possible de retourner au tribunal pour obtenir une nouvelle division des biens familiaux.

Vous pouvez le faire lorsqu'il s'agit de soutien alimentaire, mais ce n'est pas le cas. Il s'agit d'un partage des biens. C'est précisément là que gît le problème. Donc, les femmes à propos desquelles nous avons échangé tant de correspondance au cours de ces trois ou quatre dernières années ne pourront pas revenir à la charge si les biens familiaux ont été partagés à la suite d'une ordonnance du tribunal, même si la pension du mari n'a pas été prise en considération. Voilà le problème, et voilà pourquoi nous essayons de rédiger un amendement.

Mme Collins: Oui, car le Régime de pensions du Canada en tenait compte.

Mme Black: En effet.

Mme Collins: En fait, un amendement récent permet de remonter encore plus loin en arrière.

Mme Black: Seriez-vous prête à appuyer un tel amendement?

Mme Collins: Je serais heureuse de l'étudier, car c'est là une question qui me préoccupe aussi.

La présidente: Le débat a été fructueux.

La séance est levée.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

K1A 0S9

Ottawa

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From Status of Women Canada:

Kay Stanley, Co-ordinator;

Louise Bergeron-de Villiers, Deputy Co-ordinator.

TÉMOINS

De Condition féminine Canada:

Kay Stanley, coordonnatrice;

Louise Bergeron-de Villiers, coordonnatrice adjointe.

CA1
XC28
-H40

#19 was not published.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 20

Tuesday, November 17, 1992

Tuesday, November 24, 1992

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 20

Le mardi 17 novembre 1992

Le mardi 24 novembre 1992

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), the results of the
National Breast Screening Study

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, les
résultats du National Breast Screening Study

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Alan Redway—(5)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Alan Redway—(5)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-Comité

Christine Fisher

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, NOVEMBER 17, 1992
(29)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met *in camera* at 9:40 o'clock a.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-Committee present: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

The Sub-Committee commenced consideration of future business.

It was agreed,—That, in accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee invite witnesses to discuss the results of the National Breast Screening Study.

At 10:10 o'clock a.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, NOVEMBER 24, 1992
(29)

The Sub-Committee on the Status of Women met at 9:43 o'clock a.m. this day, in Room 371, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-Committee present: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

Witness: From the National Breast Screening Study: Dr. Anthony B. Miller, Director.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee commenced consideration of the results of the National Breast Screening Study (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, November 17, 1992, Issue No. 20*).

Dr. Miller made a statement and answered questions.

It was agreed,—That the tables presented by Dr. Miller, with the addition of explanatory notes, be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence* (*See Appendix "FEMM-16"*).

At 11:00 o'clock a.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 17 NOVEMBRE 1992
(29)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à huis clos à 9 h 40, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Le Sous-comité examine ses travaux à venir.

Il est convenu,—Que, conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2), le Sous-comité entend des témoins afin d'examiner les conclusions de l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein.

À 10 h 10, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MARDI 24 NOVEMBRE 1992
(29)

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 9 h 43, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Témoin: De l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein: Dr Anthony B. Miller, directeur.

Conformément à son mandat qui découle du paragraphe 108(2), le Sous-comité examine les conclusions de l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein (*Voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 17 novembre 1992, fascicule n° 20*).

Le Dr Miller fait un exposé et répond aux questions.

Il est convenu,—Que les tableaux de même que les notes explicatives présentés par le Dr Miller, figurent en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (*Voir Appendice «FEMM-16»*).

À 11 h, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, November 24, 1992

• 0942

The Chair: We'll start the meeting. Dr. Miller, I'd like to welcome you to our committee. We're very interested in your very controversial study, and it will be interesting to be able to ask you questions.

Dr. Anthony B. Miller (Director, National Breast Screening Study): Madam Chairperson, thank you very much for inviting me to present to you today. I did have the opportunity to present to the subcommittee evaluating breast cancer a few months ago. At that time, although we knew our results, it was not possible to discuss them with you because we still were in the final stage of finalizing our analyses, discussing them with the scientific advisory committee and then preparing for report. As you know, the report appeared in the Canadian Medical Association journal on November 15.

Perhaps I could summarize for you the background of the study, the objectives, and then the findings. The background relates to a committee of the Canadian Association of Radiologists that was formed in 1973 to evaluate the evidence that was accruing that mammography could be beneficial in reducing mortality from breast cancer. Over the next few years, I and radiology and surgical colleagues throughout Canada developed the design of the National Breast Screening Study.

There was at that time evidence, largely from the United States, that mammography could detect breast cancers earlier. One study combining mammography with physical examination had reported a reduction in breast cancer mortality, deaths from breast cancer in women over the age of 50 but not under the age of 50. So a prime objective of our study was to evaluate with a larger number of participants the impact of the combination of mammography and physical examination given by carefully trained health professionals in women aged 40 to 49.

• 0945

Because of the evidence from at least one study that breast cancer mortality was reduced by a combination of mammography and physical examination in the context of the Canadian health care system, where in general it was regarded as good practice for women to have annual physical examinations, including a breast examination, and to be taught breast self-examination, we felt it was important to evaluate the extent to which mammography contributed to that mortality reduction already expected in women over the age of 50. So in our study, in contradistinction to all other studies, we had a specific objective, to evaluate the impact of screening in women aged 40 to 49, and we had an objective that no other study has incorporated in its design, to find out how much mammography adds to the reduction in breast cancer mortality in women 50 to 59.

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 24 novembre 1992

La présidence: La séance est ouverte. Docteur Miller, je vous souhaite la bienvenue à notre comité. Votre étude très controversée nous intéresse beaucoup et nous avons hâte de vous poser des questions.

Docteur Anthony B. Miller (directeur, Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein): Madame la présidente, je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui. J'ai eu l'occasion de comparaître devant le sous-comité sur le cancer du sein, il y a quelques mois de cela. À l'époque, nous connaissions nos résultats, mais il n'était pas possible d'en parler avec vous parce que nous étions à l'étape finale de nos analyses, soit la discussion des résultats avec notre comité consultatif scientifique et la préparation du rapport. Comme vous le savez, notre rapport a été publié dans le journal de l'Association médicale canadienne le 15 novembre dernier.

Je vais vous résumer le contexte de l'étude, ses objectifs et ses conclusions. Pour le contexte, il faut remonter à la formation en 1973 d'un comité de l'Association canadienne des radiologistes qui devait considérer les renseignements récents selon lesquels la mammographie pouvait être utile pour réduire la mortalité dans les cas de cancer du sein. Dans les années qui ont suivi, moi-même et des collègues radiologistes et chirurgiens de tout le Canada avons conçu l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein.

À l'époque, des résultats provenant surtout des États-Unis démontraient que la mammographie pouvait servir à déceler plus tôt les cancers du sein. Une étude où l'on combinait la mammographie et l'examen physique rapportait une réduction de la mortalité causée par le cancer du sein, chez les femmes de plus de 50 ans, mais pas pour les femmes plus jeunes. L'un des principaux objectifs de l'étude était donc d'évaluer auprès d'un grand nombre de participantes l'incidence qu'avait chez les femmes de 40 à 49 ans la combinaison de la mammographie et de l'examen physique dispensé par les professionnels de la santé soigneusement formés.

Dans le contexte du système de soins de santé canadien, où l'on considère en général qu'il est bon pour les femmes de subir un examen physique annuel comprenant un examen des seins, et d'apprendre comment faire l'auto-examen des seins, au moins une étude concluait que la mortalité causée par le cancer du sein était réduite par une combinaison de mammographie et d'examen physique. Nous estimions donc important d'évaluer dans quelle mesure la mammographie contribuait à cette réduction de la mortalité déjà établie pour les femmes de plus de 50 ans. Notre étude avait donc un objectif précis, contrairement aux autres études: évaluer l'impact du dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans. Nous avions de plus un objectif qui ne faisait partie d'aucune autre étude: savoir dans quelle mesure la mammographie joue un rôle dans la réduction de la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 59 ans.

[Texte]

We chose to study women aged 50 to 59 rather than including older women, for two reasons. First, we had some evidence that women aged 50 to 59 would respond better than older women to invitations to participate in this study. Secondly, from other studies we had a good indication that any findings that applied to women aged 50 to 59 would also apply to older women.

The study was approved as a result of international review by the two principal granting agencies, the National Cancer Institute of Canada and Health and Welfare Canada, in 1979, and we were initially funded in 1980 to commence the study in two centres, one in Quebec City and one in Toronto. The study expanded to include another 3 centres in 1981, and then expanded to include all 15 centres that were incorporated in the study during 1983 and into 1984.

Because of the way the study was funded and the availability of funds, we recruited the participants we needed over a 5 1/4-year period. Screening was planned to be given annually and was given up to a total of five examinations, although about a third of the participants who entered the study had only four examinations.

Because of the evidence that was available on the effect of mammography on breast cancer risk, we were not particularly concerned about the fact that mammography incorporates radiation. But we were aware of the anxiety in the public, and therefore a decision was taken right at the beginning of the study that we would try to use the most modern approaches to mammography then available, incorporating the lowest dose of radiation to the breasts. Therefore we used a technology called "film screen mammography", which at the time was gradually replacing a technique called "zerography". Indeed, during the course of the study in North American and in Europe, zerography was completely replaced by film screen mammography. So essentially we took a decision to use the technology that became the generally accepted practice for breast cancer screening.

This meant we had to introduce special procedures in all centres. We had a designated radiation physicist, a member of the staff of the Ontario Cancer Institute, who, with his staff, visited all the mammography machines in the centres that participated in the study, evaluated them, tested them often, changed the various aspects of these machines, and ensured that they gave the optimal images possible.

• 0950

It was actually difficult to get funds for this study. We were in competition with many other important health projects at the time. The funds available to us did not enable us to provide new mammography machines in the centres. In fact, this changed during the course of the study. Towards the end of the study we did in fact secure funds that enabled us to replace some of the machines in the study with more modern equipment.

In addition, during the course of the study mammography changed, as it is continuing to change. It became necessary to incorporate those changes in the way the study operated, and we did so. For example, when we started in 1980, although

[Traduction]

Nous avons choisi des participantes de 50 à 59 ans plutôt que des femmes plus âgées pour deux raisons. Tout d'abord, nous avions des raisons de croire que des femmes âgées de 50 à 59 ans participeraient davantage à notre étude que des femmes plus vieilles. Deuxièmement, d'après d'autres études, nous pouvions appliquer les résultats obtenus pour les femmes de 50 à 59 ans aux femmes plus âgées.

À la suite d'un examen international, l'étude a été approuvée par les deux principaux bailleurs de fonds, l'Institut national du cancer du Canada et Santé et Bien-être social, en 1979. Nous avons reçu des fonds en 1980 pour commencer notre étude dans deux grands centres, soit la ville de Québec et Toronto. En 1981 l'étude a été élargie pour comprendre trois centres, puis de nouveau en 1983 et en 1984 pour comprendre 15 centres.

À cause du mode de financement de l'étude et de la disponibilité des fonds, nous avons recruté les participantes dont nous avions besoin sur une période de cinq ans et quart. Le dépistage devait se produire annuellement pour un maximum de cinq examens. Environ le tiers des participantes n'ont subi que quatre examens.

Étant donné les données disponibles sur l'effet des mammographies sur les risques de cancer du sein, nous n'étions pas particulièrement préoccupés par les radiations émises pendant la mammographie. Nous étions toutefois conscients des inquiétudes du public. C'est pourquoi nous avons pris la décision, dès le début de l'étude, de nous efforcer d'utiliser les méthodes de mammographie les plus modernes dont nous disposions, et d'utiliser les plus faibles doses de radiation possibles. Nous avons donc utiliser une méthode de mammographie appelée «combinaison film-écran» qui, à l'époque, remplaçait graduellement la xéroradiographie. D'ailleurs, pendant notre étude, la xéroradiographie a complètement été remplacée par la nouvelle méthode en Amérique du Nord comme en Europe. Nous avons donc essentiellement décidé de recourir à une méthode dont l'usage s'est répandu au point de devenir pratique courante dans le dépistage du cancer du sein.

Cela signifiait qu'il fallait créer des procédures spéciales dans tous les centres. Nous avons retenu les services d'un radiophysicien, membre du personnel du Ontario Cancer Institute, qui, avec son personnel, a examiné tous les appareils de mammographie des centres participants, les a évalués, les a mis à l'essai, en a changé divers aspects et a veillé à ce qu'on en tire les meilleures images possibles.

Nous avons eu du mal à trouver des fonds pour cette étude. Bien d'autres projets importants dans le domaine de la santé nous faisaient concurrence. Le budget qu'on nous a donné ne nous a pas permis de doter les centres de nouveaux mammographes. En fait, la situation a évolué au cours de l'étude. Vers la fin, nous avons obtenu l'argent nécessaire pour remplacer certains mammographes par un matériel plus moderne.

En outre, au cours de l'étude, les procédés ont changé et ils ne cessent d'évoluer. Il s'est révélé nécessaire d'inclure ces modifications dans le *modus operandi* de l'étude et c'est ce que nous avons fait. Par exemple, quand nous avons

[Text]

we elected to use the standard two views for mammograms, one with the X-rays from the top and the other with the X-rays from the side, the actual standard view changed from a straight medio-lateral view to an oblique view, with the film going into the axilla so that more of the breast was actually displayed on the film. We incorporated that change in our study in 1985.

I'll return to the question of mammography quality later.

As it happens, several of the centres that participated in the study actually had acquired new mammography machines then available. The largest centre of the study, Toronto Mount Sinai, started with a new mammography machine that was donated by the Mount Sinai Institute. The centre in Winnipeg, the second-largest centre in the study, started with a new mammography machine that they had originally decided to purchase for a program of breast cancer screening. They decided to postpone their program, and in fact that machine was used for our study. So several of the machines were newly purchased.

There are a number of ways in which one can assess the effectiveness of mammography screening in a study. One of the obvious ones is where the mammography and the physical examinations actually detect the expected numbers, or, as we say in my discipline, rates, of breast cancer. The first of the sheets that have been handed out to you gives the cancer detection rates. I've included the early non-invasive cancer detection rates in calculating these rates, the *in situ* lesions, because this is the way these rates normally would be presented. What I show you is not the rates of cancer detection by calendar year, but by year of the participants in the study.

Two things are fairly obvious. The first is that the cancer detection rates are higher in older women than in younger women. This is to be expected, because the incidence of breast cancer increases with increasing age. Secondly, for the women aged 40 to 49, you can make a comparison only in the first year between the detection on mammography plus physical examination and the detection on physical examination alone, because in our design the control group had just one physical examination. They were taught breast self-examination and then were followed by mail. For every year where you can make a comparison, it's obvious that mammography adds substantial numbers of additional cancers. Indeed, for the age group 50 to 59 the rates of breast cancer detection are approximately doubled for most years.

The other thing we see and that every other study sees is that you have much higher cancer detection rates in the initial screen, the first screen. That is because when you first start screening a group of women, the cancers that have been there but as yet have been undetected are found. This actually applies for both physical examination screening and mammography, but obviously much more for mammography screening.

[Translation]

commencé en 1980, nous avons choisi d'avoir recours aux deux prises courantes pour les mammographies, une radiographie sur un angle surplombant et une autre sur un angle latéral, mais la prise de vues a changé et est passée d'une prise médio-latérale à une prise oblique, la pellicule courant l'aisselle de sorte que le cliché montrait une plus grande partie du sein. Cette modification est intervenue en cours d'étude en 1985.

Je reviendrai à cette question de la qualité de la mammographie plus tard.

Il se trouve que plusieurs des centres qui ont participé à l'étude avaient acquis de nouveaux mammographes quand ils sont devenus disponibles. Le plus grand centre de l'étude, l'hôpital Mount Sinai à Toronto, a commencé ses activités avec un nouvel appareil donné par l'Institut Mount Sinai. Le centre de Winnipeg, deuxième en importance pour l'étude, a débuté avec un nouveau mammographe qu'on avait d'ores et déjà décidé d'acheter pour servir dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein. On a retardé le démarrage de ce programme et l'appareil a été utilisé pour notre étude. Plusieurs des appareils étaient tout neufs.

Il y a diverses façons d'évaluer l'efficacité du dépistage par mammographie dans une étude. La première qui s'impose est celle où la mammographie et les examens physiques permettent effectivement de dépister les cas de cancer du sein suivant les chiffres escomptés, ou, comme on dit dans notre métier, les taux. La première feuille qu'on vous a distribuée vous donne les taux de dépistage du cancer. J'ai inclus les taux de dépistage de cas de cancers précoces non envahissants, les lésions localisées, parce que d'habitude c'est comme ça que ces taux sont calculés. Je ne vous présente pas les taux de dépistage du cancer par année civile mais par année de participation à l'étude.

Deux choses ressortent de façon assez évidente. Tout d'abord, les taux de dépistage du cancer sont plus élevés chez les femmes âgées que chez les plus jeunes. Ce n'est pas étonnant car l'incidence des cas de cancer du sein augmente avec l'âge. Deuxièmement, pour les femmes qui ont entre 40 et 49 ans, la comparaison n'est possible qu'au cours de la première année entre le dépistage grâce à la mammographie assortie de l'examen physique et le dépistage grâce à l'examen physique uniquement car notre groupe-témoin subissait uniquement l'examen physique. Les participantes avaient appris à faire l'auto-examen et le suivi se faisait par courrier. Pour chacune des années pour lesquelles on peut faire une comparaison, il est évident que la mammographie permet de détecter sensiblement de nouveaux cancers, d'où une augmentation de leur nombre. En effet, pour les femmes qui ont entre 50 et 59 ans, les taux de dépistage de cancer du sein sont à peu près doublés chaque année.

Il est une autre chose que révèle notre étude et toutes les autres études: les taux de dépistage du cancer sont beaucoup plus élevés après une première mammographie. En effet, quand on commence à procéder au dépistage chez un groupe de femmes, on détecte les cancers qui existaient et qui n'avaient pas encore été repérés. Cela est vrai à la fois pour le dépistage grâce à l'examen physique et pour la mammographie, mais c'est encore plus évident grâce à la mammographie.

[Texte]

No one can really carry these sorts of numbers in their head, and I show them just to indicate that these are the cancer detection rates we had during the course of screening.

It's of interest that the rates now being reported from the breast screening programs in Canada—and many of them are now able to report rates in their first year—are very similar to this when you take into consideration age.

• 0955

Although there has been an improvement in mammography in the decade since this study was initiated, the cancer detection rates do not seem to differ very much from what we had. I think that speaks to two things. First, mammography, in spite of improvements, by the 1980s had really reached a fairly efficient level in terms of finding cancers. Second, in spite of what has been said about our study, we were detecting the numbers of cancers one would have expected.

If you turn to the second of the tables I gave you, what I present here is what we call the interval cancer rates. The interval cancer rates mean the cancers that occur between screens. One indication of the efficiency of screening is these rates of interval cancer detection.

The mammography containing allocation findings, the MP—standing for mammography plus physical examination—is compared in each age group with a control. In the usual-care group, the first interval has followed the physical examination screen they had. Then the subsequent rates given, which are underlined, indicate that these are the cancers that have occurred in these women, some detected by themselves through breast self-examination and some through their physicians, but not at the screening centres. These approximate to the rates we would have expected of normal cancer occurrence in this age group. Indeed, in our report we have actually compared the rates of cancer detection over these years with that expected from the Canadian rates, and they are almost identical. There is some fluctuation within years, but that's to be expected, even in a sample as large as 25,000 women.

The other thing I think this table shows is that particularly after the first year the interval cancer rates fell in the mammography containing allocations, but didn't change very much in the women age 50 to 59 who had physical examination alone. In the third year and in the fifth year they increased quite substantially, though not to the rate we would have expected from an unscreened population.

It's clear that the use of mammography, by bringing forward the time of diagnosis of cancer, actually reduced the accounts of these interval cancers. That, we regard, is important, indicating the effectiveness of the mammography, because one would expect the interval cancers occurring between screens to tend to be more rapidly growing cancers and therefore more likely to result in death. And we were encouraged to see, particularly after the second year in the

[Traduction]

Personne ne peut retenir tout ces chiffres, mais je vous les montre pour que vous ayez une idée des taux de dépistage du cancer que nous avons constatés au cours de notre étude.

Il est intéressant de signaler que les taux que l'on obtient à partir des programmes de dépistage en vigueur au Canada—et nombre d'entre eux peuvent déjà nous fournir des rapports sur les taux pour la première année—sont tout à fait semblables à ceci quand on prend en compte le facteur âge.

Même si la mammographie a évolué au cours des 10 années qui se sont écoulées depuis le début de cette étude, les taux de dépistage du cancer ne semblent pas s'écarter de ce qu'ils étaient auparavant. Je pense qu'il y a deux raisons à cela. Tout d'abord, la mammographie, malgré ses améliorations, avait dès le début des années quatre-vingt permis relativement efficacement de repérer les cas de cancer. Deuxièmement, malgré ce que l'on a dit à propos de notre étude, nous dépistions le nombre de cancers auquel on s'attendait.

Prenez le deuxième tableau que je vous ai fait distribuer et vous y trouverez ce que nous appelons les taux de cancers qui apparaissent entre les examens. Il s'agit des cancers que l'on découvre dans l'intervalle. On trouve dans ces taux une preuve que le dépistage est efficace.

Pour chacun des groupes d'âge, on compare la mammographie assortie de l'examen physique (MP) avec le groupe-témoin. Dans le groupe recevant les soins habituels (UC), le cancer entre deux examens a été dépisté par un examen physique. Ensuite, les taux subséquents qui figurent dans le tableau, et qui sont soulignés, indiquent qu'il s'agit des cancers qui ont été découverts chez ces femmes, certaines l'ayant découvert elle-même grâce à l'auto-examen et d'autres grâce à l'examen par un médecin, mais dans aucun des cas elles n'étaient passées par les centres de dépistage. Ces taux correspondent approximativement aux taux de manifestation normale du cancer dans ce groupe d'âge. En effet, dans notre rapport, nous avons comparé les taux de dépistage du cancer au cours de ces années avec les taux auxquels on s'attendait au Canada, et ils sont presque identiques. D'une année à l'autre, il y a quelques fluctuations, mais c'est normal même dans le cas d'un échantillon de 25 000 femmes.

L'autre chose que ce tableau montre, c'est que particulièrement après la première année les taux de cancers constatés dans l'intervalle chutent dans le cas du groupe ayant subi une mammographie et un examen physique, mais ces taux ne changent pas dans le cas du groupe des femmes de 50 à 59 ans qui n'ont subi qu'un examen physique. Au cours de la troisième et de la cinquième années, les taux grimpent sensiblement, mais ils n'atteignent pas les taux que l'on aurait pu constater dans un groupe non surveillé.

Il est évident que le recours à la mammographie, en permettant un diagnostic prompt du cancer, réduit de fait le nombre des cancers découverts entre les examens. Cela, à notre avis, est important, prouve l'efficacité de la mammographie car on peut supposer que les cancers qui se déclarent entre les examens ont tendance à évoluer plus rapidement et par conséquent il y a de plus fortes chances qu'ils entraînent le décès. Nous avons donc été très

[Text]

younger age group and after the first year in the older age group, that the interval cancer rates had fallen to about the level we expected in a screened population, indicating that indeed mammography was bringing forward the time of diagnosis of cancers. We had anticipated we would be able to demonstrate some effect of the mammography screening in reducing breast cancer mortality.

Just before I leave these two tables, I want to point out that the physical examinations that were given at every occasion a woman came to be screened were given by very carefully trained health professionals. They were trained according to a protocol developed for this study by a very experienced breast surgeon, Dr. Alan Bassett, in Mount Sinai Hospital in Toronto. This protocol was used in all the centres.

It involves a much more effective examination than is generally available to women in this country, or indeed anywhere in North America. Currently, the Ontario breast screening program is using this same type of physical examination as part of its screening program in women over the age of 50. In the province of Quebec we were required to use physicians, but indeed they use the same protocol.

• 1000

If we turn to the third transparency, it summarizes the main results from the study in terms of breast cancer deaths in the first seven years of the study. Given that we included equal numbers of participants in both arms, that they were individually randomized, that they were carefully matched as it turned out as a result of the randomization in terms of risk factors for breast cancer—the main report gives tables to show this—we can get much of the information in terms of the results of the study, in terms of breast cancer deaths, by just these simple numbers.

As you will see, in neither age group did the use of mammography—at least in this first seven-year period—result in reduction in breast cancer mortality. Indeed, there's a slight excess in the women aged 40 to 49. This is not statistically significant. Therefore it could have arisen by chance.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Could you explain “CPO”?

Dr. Miller: This is unfortunately our jargon. The women aged 40 to 49, those who were randomized not to have mammography, who actually had a single physical examination and were taught breast self-examination in the screening centres and then we followed them by mail, we called the usual-care group, because once they went into the community they had the usual care available to women in Canada and, of course, the availability of mammography for diagnostic purposes.

The PO group applies to the women aged 50 to 59, the control group. That's just an abbreviation for physical examination and screening.

[Translation]

encouragés de constater que les taux de cancers découverts entre deux examens avaient chuté pour atteindre le niveau auquel on s'attendait au sein d'un groupe surveillé, particulièrement après la deuxième année pour le groupe des plus jeunes et après la première année pour le groupe des plus âgées, prouvant qu'en effet la mammographie permet un diagnostic plus prompt des cancers. Nous nous attendions à pouvoir prouver que le dépistage grâce à la mammographie permettait de réduire la mortalité due au cancer du sein.

Avant de laisser de côté ces deux tableaux, je tiens à vous signaler que l'examen physique subi par les femmes qui se présentaient aux centres était toujours fait par des professionnels de la santé dûment formés. En effet, ils appliquaient un protocole mis au point pour cette étude par un chirurgien de la poitrine très chevronné, le Dr Alan Bassett, de l'hôpital Mount Sinai à Toronto. Ce protocole était utilisé dans tous les centres.

Il prévoit un examen beaucoup plus efficace que ce qui se fait habituellement au Canada, ou même ailleurs en Amérique du Nord. Actuellement, le programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario utilise ce même genre d'examen physique dans le cas des femmes qui ont plus de 50 ans. Au Québec, nous étions tenus de faire appel à des médecins mais en fait, le même protocole a été appliqué.

Le troisième tableau montre les principaux résultats de l'étude relativement aux décès attribuables au cancer du sein pendant les sept premières années de l'étude. Étant donné que nous avons inclus un nombre égal de participantes dans les deux cas, qu'elles ont été individuellement randomisées, qu'une harmonisation soigneuse a été assurée suite à la randomisation pour ce qui est des facteurs de risque de cancer du sein—le rapport principal contient des tableaux qui le montrent—nous pouvons tirer beaucoup de renseignements sur les résultats de l'étude, relativement aux décès dus au cancer du sein, en consultant simplement ces nombres.

Comme vous le voyez, dans aucune tranche d'âge, le recours à la mammographie—au moins au cours de cette première période de sept ans—n'a permis de réduire le taux de mortalités due au cancer du sein. Le chiffre est légèrement plus élevé chez les femmes de 40 à 49 ans. Ce n'est toutefois pas statistiquement significatif. Cela pourrait être le résultat du hasard.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Pouvez-vous expliquer ce que signifie «UC/PO»?

Dr. Miller: Cela fait partie de notre jargon. Les femmes de 40 à 49 ans, celles qui ont été sélectionnées pour ne pas subir de mammographie, qui n'ont en fait subi qu'un seul examen physique et à qui on a enseigné comment pratiquer l'auto-examen des seins dans les centres de dépistage et auprès de qui on a assuré un suivi par courrier, nous appelons ce groupe le groupe des soins habituels, car une fois dans la collectivité elles avaient accès aux soins habituellement offerts aux femmes au Canada et, bien sûr, la possibilité de recourir à la mammographie pour obtenir un diagnostic.

Le groupe PO est celui des femmes âgées de 50 à 59 ans, le groupe-témoin. Ce n'est là qu'une abréviation pour désigner l'examen physique et le dépistage.

[Texte]

Ms Black: Thank you.

Dr. Miller: I'm sorry. MP means mammography plus physical examination.

Ms Black: Yes. I figured that one out.

Dr. Miller: I thought it might be of interest to show you the way the deaths accumulated in the two groups. What follows are two graphs. You'll see that essentially in the women aged 40 to 49 initially there are very few breast cancer deaths. Then gradually, as time goes on, as more breast cancers occur and more deaths occur, then the numbers increase. At the moment there's no indication of these two curves coming together, whereas if you look at women aged 50 to 59, again low numbers of deaths initially—none, in fact, until after one year—and then again the deaths accumulate, but these two curves lie on top of one another. There's no indication at the moment that there's going to be any separation.

What I've summarized in the next slides is a lot of information we give on survival from breast cancer. I think it's very important in interpreting the results of our study to recognize that the survival we have actually reported is better than anywhere else. No one has actually yet reported as good survival within the first five years after detection of breast cancer than we have in this study.

In all the groups we had 90% five-year survival. This is much better than you would normally expect. This includes both the cancers detected as a result of the screening examinations and also the cancers that occurred between the screens, the interval cancers, or the cancers that occurred after the end of screening.

I think there are two explanations for this good survival. One of them is that it's clear the women who volunteered to come into this study, knowing that they could not choose whether or not they would receive mammography, were health-conscious women. This was, therefore, a group of women who took rather seriously their participation in this study and also, I would submit, the practice of breast self-examination. Breast self-examination was available to everybody and taught to everybody. Although for the control group, women aged 40 to 49, we did not bring them back to reinforce it, at least they were reminded from our annual questionnaire to practise it.

In a sense, what you're seeing here is the impact of trying to superimpose screening on very good standards of care in a population of women who were aware of the problem of breast cancer and were concerned about their own health. It is quite likely that you could not replicate these good survival rates in a general population when you went beyond this, so I think we have to bear that in mind.

What I've given you on this table is a comparison between the five-year survival in the cancers, the invasive cancers found on mammography alone—I'm not including the *in situ* cancers—and the cancers in the same group that were

[Traduction]

Mme Black: Merci.

Dr Miller: Je regrette. MP signifie mammographie plus examen physique.

Mme Black: Oui. J'avais compris.

Dr Miller: Je pense qu'il serait intéressant de vous montrer la répartition des décès dans les deux groupes. Voici deux graphiques. Vous verrez essentiellement que chez les femmes de 40 à 49 ans, au début, il n'y avait que très peu de décès dus au cancer du sein. Puis, graduellement, au fil du temps, avec l'apparition d'un plus grand nombre de cancers du sein, plus de décès sont survenus, plus les données ont augmenté. Pour l'instant, rien n'indique que ces deux courbes se rejoignent, tandis que si l'on considère les femmes de 50 à 59 ans, chez qui il n'y avait encore là au début que peu de décès—aucun—en fait, au cours de la première année—alors à nouveau le nombre de décès augmente, et ces deux courbes se chevauchent. Rien n'indique pour l'instant qu'il y aura séparation.

Dans les tableaux qui suivent, j'ai résumé beaucoup de renseignements que nous pouvons fournir sur les taux de survie au cancer du sein. Je pense qu'il est très important en interprétant les résultats de notre étude de reconnaître que le taux de survie dont nous avons en réalité fait état est meilleur que dans tous les autres cas. En fait, personne n'a jamais fait état d'un aussi bon taux de survie dans les cinq premières années suivant la détection d'un cancer du sein.

Dans tous les groupes, nous avons un taux de survie de 90 p. 100 sur une période de cinq ans. Voilà qui est bien meilleur que ce à quoi on pourrait normalement s'attendre. On inclut ici tant les cancers détectés au moyen d'examen de dépistage que les cancers qui se sont révélés entre les examens de dépistage, les cancers survenus entre temps, ou les cancers qui sont apparus après la période de dépistage.

Je pense que ce bon taux de survie s'explique par deux raisons. L'une d'elles étant qu'il est clair que les femmes qui se sont présentées d'elles-mêmes pour participer à cette étude, sachant qu'elles ne pouvaient pas choisir de subir ou de ne pas subir une mammographie, étaient des femmes qui se préoccupaient de leur santé. C'était donc là un groupe de femmes qui prenaient à cœur leur participation à cette étude et, je dirais aussi, la pratique de l'auto-examen des seins. Toutes les femmes pouvaient pratiquer l'auto-examen des seins et on enseignait à toutes comment le faire. Bien que dans le cas du groupe-témoin, les femmes âgées de 40 et 49 ans, nous ne les ayons pas rappelées pour insister là-dessus, au moins leur a-t-on rappelé dans le questionnaire annuel de pratiquer cet auto-examen.

On peut donc dire que ce qu'on voit ici c'est le résultat d'un dépistage conjugué à de très bonnes normes de soins dans une population de femmes conscientes du problème que pose le cancer du sein et qui se préoccupaient de leur bonne santé. Il est fort probable qu'on ne pourrait pas obtenir à nouveau ces bons taux de survie dans une population générale passé ce niveau, et je pense qu'il faut le garder à l'esprit.

Ce qu'on voit dans ce tableau c'est une comparaison entre les taux de survie sur une période de cinq ans pour les patientes atteintes de cancer, de cancer envahissants dépistés à l'aide d'une mammographie seulement—je n'inclus pas ici

[Text]

detected as a result of palpation, compared with what was recently reported in an article in the *Lancet* from a group in the Massachusetts General Hospital, who pointed out, correctly, that women who have breast cancer in this age group and whose cancers are found as a result of mammography and are not palpable have very good five-year survival. Their survival, 91%, is very good. But I point out that our own survival with the comparable group of women in the NBSS is in fact better.

• 1005

They drew a comparison with palpable cancers referred to their centre, many of which I believe were probably symptomatic. Yet of course this was a screening project directed to women who were free of symptoms. Therefore what you see in survival from the palpable cancers relates to those found in women who were not aware they had breast cancer. So again there's a better group, and therefore better survival.

One of our difficulties in this study, if you like, is that because the survival is so good, the numbers of breast cancer deaths are relatively very few compared with the total number of breast cancers. We have so far ascertained, in a study population approaching 90,000 women, over 1,800 breast cancers; but only a relatively small number of these women have yet died of their disease. That's excellent, but of course for a researcher it means if your main end-point is going to be dependent on waiting for deaths to occur. . . This is one of the reasons why our initial report was presented at seven years rather than, as we originally planned, at five years. Simply not enough deaths from breast cancer had occurred.

The other implication of this is that it is possible that because the women in this study—and we've tested this out, particularly for the 40 to 49 age group—had good treatment available for breast cancer. . . and we now have good evidence that modern treatment for breast cancer, starting from about the 1980s, has indeed prolonged survival from breast cancer. It may not have eventually prevented death, but at least it has prolonged survival. Then at least in the short term, the impact of screening is going to be less easy to pick up as the effect of screening in terms of reduction in deaths. This may be one of the reasons why, at least in the older age group, age 50 to 59, we have not yet found any difference in the addition of mammography, even though we nearly doubled the numbers of cancers found as a result of screening.

To turn to the final two sheets, what I thought I would do for you is put the NBSS in perspective in terms of the randomized trials. There are other sorts of trials, but they have biases in terms of the effectiveness of screening in the world literature.

[Translation]

les cancers localisés—et de cancers du même groupe qui ont été dépistés par palpation, comparativement à ce dont a fait état un article paru dans *Lancet* et rédigé par un groupe du Massachusetts General Hospital, qui soulignait, à raison, que les femmes de ce groupe d'âge qui ont le cancer du sein, cancer dépisté par mammographie et indétectable par palpation, ont un bon taux de survie sur une période de cinq ans. Leur taux de survie, 91 p. 100, est très bon. Je dirais cependant que le taux de survie que nous avons enregistré dans le groupe de femmes correspondant qui ont participé à l'étude nationale est en fait supérieur.

Ce groupe a fait une comparaison avec les cancers détectables par palpation qui ont été signalés à leur centre, et dont un grand nombre, je crois, étaient sans doute accompagnés de symptômes. C'était bien sûr un projet de dépistage visant les femmes n'ayant pas de symptômes. Par conséquent, le taux de survie qu'on constate relativement aux cancers détectables par palpation s'applique aux cancers dépistés chez des femmes qui ne savaient pas qu'elles avaient le cancer du sein. Encore là, il existe un meilleur groupe, et donc un meilleur taux de survie.

L'une des difficultés de cette étude, si vous voulez, c'est qu'en raison du fait que le taux de survie est si bon, le nombre de décès dus au cancer du sein est relativement faible comparativement au nombre total de décès dus à ces cancers. Nous avons jusqu'à maintenant constaté, dans une population d'environ 90 000 femmes, l'existence de plus de 1 800 cancers du sein; mais seulement un nombre relativement faible de ces femmes a succombé à la maladie. C'est excellent, mais pour un chercheur, cela signifie que si votre principale conclusion doit dépendre des décès qui pourraient survenir. . . C'est une des raisons pour lesquelles notre premier rapport a été présenté au bout de sept ans plutôt que, comme on l'avait initialement prévu, après cinq ans. Il n'y avait tout simplement pas eu suffisamment de décès attribuables au cancer du sein.

Par ailleurs, il se peut que parce que les femmes participant à cette étude—et nous l'avons vérifié, surtout dans la tranche d'âge des 40 à 49 ans—avaient accès à un bon traitement pour le cancer du sein. . . et nous avons maintenant de bonnes preuves que les formules de traitement modernes du cancer du sein, qui datent du début des années quatre-vingt, ont effectivement amélioré le taux de survie chez les femmes atteintes du cancer du sein. Ces traitements n'ont peut-être pas empêché les décès, mais ils ont au moins amélioré les taux de survie. Puis, au moins à court terme, l'incidence du dépistage sur la réduction du nombre de décès sera moins facile à cerner. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles, au moins dans le groupe plus âgé, la tranche des 50 à 59 ans, nous n'avons pas encore constaté de différence dans les cas où il y a aussi mammographie, bien qu'on ait presque doublé le nombre de cancers dépistés.

J'en arrive aux dernières pages; j'ai pensé qu'il serait bon de mettre l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein eu égard aux essais randomisés. Il y a toutes sortes d'autres essais, mais selon la documentation mondiale sur le sujet, ils modifieraient l'efficacité du dépistage.

[Texte]

The randomized trials have come from New York, the HIP study; from Sweden, the two-county study, the largest Stockholm and Malmö; from Edinburgh in Scotland. The meaning of these numbers is this: minus means the percentage reduction in breast cancer deaths in the screened group compared with the control; plus means an excess of breast cancer deaths.

At least early, at five to seven years, the same place as we are in with the NBSS, the majority of studies do show a small to large excess, with a combined estimate from all the studies, excluding our own, of an increase of breast cancer deaths to 12%. Again, even when you combine it, that is not a statistically significant finding. It could have arisen by chance. So our study is rather in line with this.

We haven't yet been able to combine our own results with the other study results. Currently a review of four trials is going on in Sweden. There's one as yet unreported in Göteborg in Sweden, incorporating women age 40 to 49. The Swedish authorities are re-reviewing all their own trial results, and we're expecting fairly soon to have a report on that. Once that's available, I am going to propose that we might try to combine the NBSS results with the Swedish results and see what differences arise in terms of a combined estimate.

• 1010

When you incorporate all the longer-term follow-up information—and this has been reported in the literature by Dr. Day, who did this in the analysis of combining them—you get a possible reduction in breast cancer mortality in this age group of 5%. The difficulty with that is that it is very dependent on the original New York study, where very large cancers were being detected, where there was a major contribution from physical examination, a situation that no longer applies, and where indeed many people, including myself, are not convinced there wasn't some problem in terms of that particular eventual finding.

In terms of the effect of screening in women aged 50 to 59. . . I should have said the bracketed 45 to 54 in the previous one. It was typed as 45, but it is actually 55 to 64. It actually applies to the Malmö study. Of course the NBSS applies to women aged 50 to 59.

As you know, whether you look at this early or the latest follow-up, all the studies except the early stages of the Malmö study showed a reduction in breast cancer deaths. For most of them this was statistically significant. The combined estimate shows a reduction in breast cancer mortality of about 30%, and this is why most of the screening programs in this country are anticipating such a mortality reduction.

[Traduction]

Les essais randomisés proviennent de New York, de l'étude dite HIP; de Suède, de l'étude qui portait sur deux comtés, de la région métropolitaine de Stockholm et de Malmö; et d'Edimbourg, en Écosse. Voici ce que signifient ces données. Un moins signifie le pourcentage de réduction des décès attribuables au cancer du sein dans le groupe de dépistage comparativement au groupe-témoin; un plus indique une augmentation du nombre de décès attribuables au cancer du sein.

Au début tout au moins, pour une période de cinq à sept ans, soit l'étape où en est arrivée l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, la majorité des études révèle une augmentation, une légère ou une forte augmentation, avec une estimation combinée de toutes les études, à l'exclusion de la nôtre, d'une augmentation des décès attribuables au cancer du sein qui porte ceux-ci à 12 p. 100. Encore là, même quand on combine ces données, ce n'est toujours pas une conclusion significative sur le plan statistique. Cela pourrait être le résultat du hasard. Notre étude est donc conforme à cette tendance.

Nous n'avons pas encore pu combiner nos propres résultats à ceux d'autres études. Actuellement, un examen de quatre essais se poursuit en Suède. Une étude est effectuée à Göteborg, en Suède, au sujet de femmes de 40 à 49 ans, mais les résultats ne sont pas encore connus. Les autorités suédoises réexaminent tous les résultats de leurs propres essais, et nous nous attendons à recevoir très bientôt un rapport à ce sujet. Une fois ces résultats suédois disponibles, je me propose de les comparer aux nôtres pour voir s'il y a des différences.

Si on intègre tous les renseignements sur les suivis à plus long terme—et le Dr Day a déjà fait et publié une analyse de ce genre—on constate une possibilité de réduction de la mortalité due au cancer du sein dans ce groupe d'âge de 5 p. 100. Le problème de ces résultats est qu'ils dépendent beaucoup des conclusions de l'étude initiale faite à New York où d'importants cancers avaient été détectés, qui reposaient en grande partie sur des examens physiques, ce qui ne se fait plus, et nombreux sont ceux comme moi-même qui doutent de la rigueur de cette étude particulière.

Pour ce qui est des conséquences du dépistage pour les femmes âgées de 50 à 59 ans. . . J'aurais dû dire de 45 à 54 pour la tranche précédente. C'est 45 qui est indiqué mais en fait c'est de 55 à 64. En réalité, cela s'applique à l'étude de Malmö. Bien entendu, notre étude s'applique aux femmes âgées de 50 à 59 ans.

Comme vous le savez, que l'on considère les suivis les plus récents ou les plus anciens, toutes ces études à l'exception des premières phases de l'étude de Malmö indiquaient une réduction du nombre de décès dus au cancer du sein. Pour la plupart d'entre elles, c'était valable statistiquement. L'évaluation combinée indique une réduction de la mortalité due au cancer du sein d'environ 30 p. 100 et c'est la raison pour laquelle la majorité des programmes de dépistage chez nous anticipent une telle réduction de mortalité.

[Text]

All of them, other than the NBSS, were comparing screening versus nothing. No one else was comparing screening versus screening. We were comparing mammography screening with physical examination screening to physical examination screening alone. So we were trying to find out how much mammography added to physical examination screening.

In the short term, because breast cancer is a disease with a long natural history, the reduction in breast cancer deaths was, as you've seen, negligible, an absolute difference of one, which translates into a 3% difference. Of course we don't know what will happen with further follow-up. Given the fact that many small non-infiltrating, and also many small invasive, cancers were found by the addition of mammography, given the reduction in the interval cancer rates by the use of mammography, it is indeed possible that a longer follow-up—which may require another three years or another five or ten years—might show an eventual mortality reduction in this age group.

That's why I've been trying to explain to the media. What I've been saying about this study is that at present I do not believe that the National Breast Screening Study results in the women aged 50 to 59 should influence the policy of offering screening to women over the age of 50. This was a decision taken in Canada. Five provinces are currently offering screening to women over the age of 50, largely with mammography alone, every two years, some with physical examination as well.

I think this is a program that should continue, in part because, even if it were eventually to be shown that what mammography is adding is a lot of small cancers that don't affect eventual outcome because they're so easy to treat, which is always a possibility, even if that were to be the eventual conclusion, currently the types of physical examinations we offered are only available in Canada, as I've already said, in the Ontario breast screening program. So I don't believe that our results in the older age group should be used to influence policy, but I do believe they should in effect reinforce the policy for those programs that have already elected, on the basis of evidence from elsewhere, not to offer screening to women under the age of 50. I personally believe they should lead to a re-evaluation of the current policy in British Columbia.

Madam Chair, I'll cease my formal presentation and be available for questioning.

The Chair: Thank you very much.

To the committee members, I'm going to run over to the House when they call me, because a big petition is being tabled on child poverty with which I have been involved. So when they call me, which will be after 10:30 a.m., I'll pass the chair to Edna at that time, and then I'll run back. I should be away about 10 minutes.

[Translation]

Toutes ces études, à l'exception de la nôtre, faisaient la comparaison entre le dépistage ou rien du tout. Il n'y avait pas de comparaison entre diverses formules de dépistage. Nous comparions les dépistages par mammographie avec les dépistages par examen physique et les dépistages par seul examen physique. Nous voulions donc déterminer l'apport de la mammographie au simple dépistage par examen physique.

À court terme, comme le cancer du sein est une maladie à évolution lente, la réduction du nombre de morts dues au cancer du sein était, comme vous l'avez constaté, négligeable, une différence en chiffres absolus de un, ce qui se traduit par une différence de 3 p. 100. Bien entendu, nous ne savons pas ce que donneront les suivis ultérieurs. Étant donné que nombre de petits cancers superficiels et aussi nombre de petits cancers plus graves ont été décelés par ces mammographies, étant donné la réduction des cas de cancer entre deux examens du fait du recours à la mammographie, il est tout à fait possible qu'un suivi à plus long terme—d'ici trois ans, cinq ans, voire dix ans—finisse par indiquer une réduction de la mortalité chez ce groupe d'âge.

C'est ce que j'ai essayé d'expliquer aux médias. J'ai dit que dans leur état actuel, les résultats de l'Étude nationale de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 59 ans ne devraient pas, à mon avis, influencer sur la politique de dépistage systématique pour les femmes de plus de 50 ans. C'est la décision qui a été prise au Canada. Cinq provinces offrent actuellement ce dépistage aux femmes de plus de 50 ans, il s'agit pour l'essentiel de mammographies, tous les deux ans, accompagnées parfois d'examens physiques.

À mon avis, il faudrait poursuivre ce programme en partie parce que même s'il finit par être démontré que les mammographies ne font qu'ajouter une série de petits cancers qui en fin de compte n'ont pas d'incidence parce qu'ils sont si faciles à traiter, ce qui est toujours une possibilité, même si ce devrait être la conclusion éventuelle, à l'heure actuelle, au Canada, comme je l'ai déjà dit, seul le programme de dépistage de l'Ontario offre ce genre d'examen physique. Je ne pense donc pas que nos résultats pour le groupe d'âge plus âgé devraient être utilisés pour influencer sur cette politique, mais je crois qu'ils devraient en fait renforcer la politique des programmes qui, sur la base d'études faites ailleurs, n'offrent pas de dépistage pour les femmes de moins de 50 ans. Personnellement, je crois qu'ils devraient mener à une réévaluation de la politique actuelle en Colombie-Britannique.

Madame la présidente, je mets ici un terme à mon exposé et je suis prêt à répondre à vos questions.

La présidence: Merci beaucoup.

J'attends un appel de la Chambre. Je devrai m'y rendre quand sera déposée une grosse pétition sur la pauvreté des enfants dont je me suis occupée. Dès que je recevrai cet appel, après 10h30, je céderai la présidence à Edna pendant que je fais l'aller-retour. Je ne devrais pas être absente plus de dix minutes.

[Texte]

[Traduction]

• 1015

Ms Black: Dr. Miller, thank you very much for coming to our committee. We only asked, I think, last week and we really appreciate your taking the time. I know you have been on call to the media. I heard you on CBC on the weekend, responding to a lot of media calls. There are also other people who want information on the study, so we appreciate your coming to us so quickly.

You talked about the Canadian Association of Radiologists and that they were involved, in the beginning, with the design of this study. Was there involvement right through the study? Were they kept informed or did they have input as the study progressed?

I will go through a few questions, if you do not mind. If I go too far, you can ask me to stop.

Dr. Miller: Okay.

Ms Black: I wondered about the total cost of the study. We have been told it is \$18 million, and I wondered if that was accurate.

It seems in listening to you and in reading what has been available so far, in the women aged 40 to 49, the mammography screening did detect more node-negative tumours than would have been expected through other sources of detection. But they did not result in any kind of reduction in the death rates after the seven years of the study.

I wondered why you think there seems to be a higher survival rate at the end of five years.

You talked about the women in the study being more health conscious because they did in fact volunteer for this study, and you talked about breast self-examination being taught. One of the recommendations in our report was an education program and a strategy around breast self-examination. I wondered if you would endorse that recommendation highly in view of your research.

You also said that women were now living longer after the diagnosis of breast cancer because of treatment that is available. If they are living longer after diagnosis, what is the rate of mortality in the long term? We are seeing that women after diagnosis are living a year, two years or three years longer, but are they still dying?

The Chair: You have asked so many questions. Perhaps we could have the answers and then go around.

Mrs. Clancy (Halifax): Madam Chair, I am sorry but I find that very offensive. I really do.

The Chair: Well, Mary, she has 20 questions. Surely—

Mrs. Clancy: Members of Parliament are members of Parliament. This is not a classroom.

Mme Black: Docteur Miller, je vous remercie infiniment d'être venu nous voir. Je crois que la demande a été faite seulement la semaine dernière et nous vous remercions de vous être libéré si rapidement. Je sais que vous êtes assiégé par les médias. Je vous ai entendu à Radio-Canada pendant le week-end répondre à toute une série de questions des médias. Il y a aussi d'autres personnes qui veulent des renseignements sur votre étude et nous vous remercions vivement d'être venu aussi vite.

Vous avez parlé de l'Association canadienne des radiologistes et de sa participation, au début, à la conception de cette étude. Ont-ils participé jusqu'au bout? Ont-ils été tenus au courant ou sont-ils intervenus pendant l'étude?

Je vais vous poser une petite série de questions, si cela ne vous dérange pas. Si j'en pose trop, n'hésitez pas à m'interrompre.

Dr Miller: Très bien.

Mme Black: Je m'interroge sur le coût total de cette étude. On nous a dit qu'il se montait à 18 millions de dollars et je me demandais si c'était exact.

Il me semble à vous écouter et à lire les documents qui nous ont été communiqués jusqu'à présent que pour les femmes âgées de 40 à 49 ans, les dépistages par mammographie ont détecté plus de tumeurs localisées qu'on s'y serait attendu en utilisant d'autres moyens de détection. Mais ils n'ont pas eu pour résultat de réduire en aucune manière les taux de mortalité après les sept années de l'étude.

À quoi attribuez-vous ce taux apparent de survie plus élevé après cinq ans?

Vous avez dit que les femmes qui avaient participé à cette étude étaient plus conscientes de leur santé puisqu'elles s'étaient en fait portées volontaires pour y participer et vous avez dit qu'on leur avait appris à s'auto-examiner. Dans notre rapport, nous recommandons entre autres un programme d'éducation visant à apprendre aux femmes à s'examiner elles-mêmes périodiquement. Les résultats de vos travaux vous inciteraient-ils à appuyer notre recommandation?

Vous avez également dit que les femmes vivaient aujourd'hui plus longtemps après qu'un cancer du sein ait été diagnostiqué grâce au traitement disponible. Si elles vivent plus longtemps après que leur cancer a été diagnostiqué, quel est le taux de mortalité à long terme? Nous voyons bien que les femmes, après le diagnostic, vivent un an, deux ans ou trois ans de plus mais continuent-elles à mourir?

La présidence: Vous avez posé énormément de questions. Nous pourrions peut-être entendre les réponses et passer à quelqu'un d'autre.

Mme Clancy (Halifax): Madame la présidente, je trouve votre attitude inacceptable, vraiment.

La présidence: Mary, elle a posé 20 questions. Quand même...

Mme Clancy: Nous sommes des députés. Nous ne sommes pas en classe.

[Text]

Ms Black: Barbara, I asked the doctor—

The Chair: Usually any chairman that I know allows one question. You get the answer and then you go around the table.

Mrs. Clancy: Maybe we should agree that this committee cannot be run like a normal committee.

The Chair: This committee is run like a normal committee, but I think, Dawn, that we would like to hear the answers. You now have about 10 questions.

Ms Black: I asked the doctor whether I could proceed with questions and would he interrupt me when he thought I had given too many.

Dr. Miller: I have notes on the questions.

Ms Black: May I continue, or would you like to respond there? I wondered if the long—

Dr. Miller: According to the ruling of the chair.

The Chair: I think we should hear the answers to your questions before proceeding.

Ms Black: Do you believe the mortality rate would be reduced if there were a longer follow-up to your study?

Dr. Miller: The Canadian Association of Radiologists—let me make absolutely clear that I am not burdening them with something they would like to withdraw from.

The initial proposal for a study emanated from an ad hoc committee of the Canadian Association of Radiologists, of which I had been invited to be a member soon after I arrived in Canada. That committee met during 1973 and the early parts of 1974, and the report was in the light of the evidence that is available in Canada from the United States. . . That committee could not advocate a program of screening mammography. Indeed, the committee was very concerned over what was then going on in the United States.

They recommended to Health and Welfare Canada and the National Cancer Institute of Canada that they evaluate the possibility of supporting a research study in breast cancer screening. Now, I had a great deal to do with that recommendation. I was a member of that committee and I make that absolutely clear.

• 1020

I was then the director of the epidemiology unit of the National Cancer Institute of Canada, and I remained director of that unit until 1986. The unit was supported by the National Cancer Institute of Canada.

During the ensuing years when we were trying to develop and agree upon the design of the study, I collaborated actively with members of the association, but not with the association. When we actually came to the details of support of radiologists, I consulted actively with the then president of the Canadian Association of Radiologists. It was always my feeling that we were interchanging. There was never at any stage a formal approach by myself to the association asking

[Translation]

Mme Black: Barbara, j'ai demandé au docteur. . .

La présidence: Tous les présidents que je connais ne laissent poser qu'une question à la fois. Une fois la réponse donnée c'est un autre député qui continue.

Mme Clancy: Il faudra peut-être décider que ce comité ne peut être mené comme un comité normal.

La présidence: Ce comité est mené comme un comité normal mais je crois, Dawn, que nous aimerions entendre les réponses. Vous avez à peu près dix minutes.

Mme Black: J'ai demandé au docteur si je pouvais lui poser toute une série de questions et je lui ai dit de ne pas hésiter à m'interrompre s'il pensait que je lui en avais posé déjà trop.

Dr Miller: J'ai pris des notes.

Mme Black: Est-ce que je peux continuer, ou voudriez-vous commencer à répondre? Je me demandais si. . .

Dr Miller: Je m'en remets à la présidente.

La présidence: Je crois que nous devrions écouter les réponses avant de continuer.

Mme Black: Croyez-vous que le taux de mortalité serait réduit s'il y avait un suivi plus long à votre étude?

Dr Miller: L'Association canadienne des radiologistes—permettez-moi de vous dire clairement que je n'ai pas du tout l'intention de leur faire porter quelque chose qu'ils ne voudraient pas assumer.

Au départ, cette étude a été proposée par un comité ad hoc de l'Association canadienne des radiologistes qui m'a invité à devenir un de ses membres peu après mon arrivée au Canada. Ce comité s'est réuni en 1973 et au début de 1974, et les données disponibles au Canada étant toutes d'origine américaine, il a conclu qu'il ne pouvait préconiser un programme de dépistage par mammographie. Il s'est même dit fort préoccupé de ce qui se passait aux États-Unis.

Il a recommandé à Santé et Bien-être Canada et à l'Institut national du cancer qu'ils réfléchissent à l'opportunité d'une étude sur le dépistage du cancer du sein. Or, j'ai été mêlé de très près à cette recommandation. J'étais membre de ce comité et je n'en fais absolument aucun mystère.

J'étais alors directeur de l'unité d'épidémiologie de l'Institut national du cancer du Canada et je le suis resté jusqu'en 1986. L'unité était financée par l'Institut.

Au cours des années qui ont suivi, quand nous tentions de nous entendre sur le déroulement de l'étude, j'ai travaillé étroitement avec des membres de l'association, mais pas avec l'association elle-même. Quand nous en sommes arrivés aux détails intéressant les radiologistes, j'ai consulté le président d'alors de l'Association canadienne des radiologistes. J'ai toujours eu l'impression qu'il y avait des échanges. Jamais je n'ai demandé formellement à l'association de nous appuyer.

[Texte]

for their endorsement; it was just that of necessity, in order to get the skills we needed, we were basically incorporating many of the foremost people who were members of the association who were radiologists in this country. Most of the members of the Canadian Association of Radiologists, who were expert in mammography—diagnostic mammography when we started, because there were no screening programs in Canada and no training programs available for radiologists at that time—nearly all of them, though I never actually found out, were members of the association, prominent in the association.

It has been distressing to me that now the results are available, various prominent members of the association have led—within provinces; I'm not aware that the Canadian Association of Radiologists has come out with a national statement. But within provinces there have been statements made by the Canadian Association of Radiologists. Up until now, all the statements I've seen are actually colleagues in the study. They are listed as colleagues, and they participated in the discussion on the study of results. And although we never required our colleagues who are listed here to formally sign off on the report, they had drafts of the report and ample opportunity to comment on the report.

As I said to them in my letter, which sent them their own copy of the report, you should regard yourselves as co-authors of the report, and I suggested how they should list their own contribution. So I can only express my distress that without any further consultation with me, a series of statements have been produced by people who are in fact active colleagues and participants in the study, who participated in our annual meetings and agreed with the various decisions that were made during those meetings. They not only agreed to participate in the study, but participated in our quality control procedures which involved both the checking, as I've already told you, of the machines and the monthly rechecks of the machines, a procedure we developed in our study, based on previous American experience, which has in fact been incorporated in all the screening programs. As far as I can make out, the quality control procedures in the current screening programs are the same as our own, and indeed in Ontario are identical, because the man who's running it is the same man who ran the national quality control.

What we also have—and I think all the other screening programs have tried to do the same and have entered into the same difficulties we did—is a program of collecting films, random samples to get the films of all women with diagnosed cancers. They were re-read by a reference radiologist, one of the prominent radiologists in Canada in mammography, who desperately wanted to run a centre in the study, but it so happened he didn't have the facilities in his own institution and instead he did this wonderful job of being our reference radiologist. Douglas McFarlane, who was a member of the original committee of 1973 of the Canadian Association of Radiologists, remained prominent in the association until he died, unfortunately, of cancer this year.

[Traduction]

Mais par nécessité, afin d'obtenir les spécialistes dont nous avions besoin, nous avons intégré à notre étude bien des membres réputés de l'association, qui étaient radiologistes au Canada. La plupart des membres de l'Association canadienne des radiologistes qui sont des experts en mammographie—la mammographie diagnostic quand nous avons commencé parce qu'il n'existait aucun programme de dépistage au Canada ni aucun programme de formation pour les radiologistes—presque tous, même si je ne l'ai jamais vérifié, étaient des membres éminents de l'association.

Je n'en reviens pas de voir qu'une fois les résultats rendus publics, divers membres connus de l'association affirment... c'est provincial; à ma connaissance, l'Association canadienne des radiologistes n'a pas pris position à l'échelle nationale. Mais à l'intérieur des provinces, l'association a fait des déclarations. Jusqu'à présent, toutes les déclarations que j'ai pu voir ont été faites par des collègues qui ont participé à l'étude. Leur nom est indiqué et ils ont participé à la discussion sur les résultats de l'étude. Même si nous n'avons jamais exigé de nos collègues dont les noms apparaissent ici de signer le rapport, ils en ont tous reçu les ébauches et ont eu tout le temps voulu pour faire les observations qu'ils jugeaient pertinentes.

Comme je le leur ai écrit dans ma lettre qui accompagnait leur exemplaire du rapport, ils doivent se considérer comme des coauteurs. Je leur ai même indiqué comment ils devaient présenter leur propre contribution. Je ne comprends donc pas que sans même m'en parler, ces personnes fassent une série de déclarations alors qu'elles ont activement participé à l'étude, assisté à nos réunions annuelles et entériné les diverses décisions qui y ont été prises. Ces gens ont non seulement accepté de participer à l'étude, mais ils ont également participé aux contrôles de la qualité, c'est-à-dire à la vérification des machines, comme je vous l'ai expliqué et à leur revérification mensuelle, une procédure que nous avons adoptée en nous inspirant d'une étude américaine antérieure. C'est d'ailleurs maintenant automatique pour tous les programmes de dépistage. À ma connaissance, les contrôles de qualité des programmes actuels de dépistage sont les mêmes que les nôtres et en Ontario, ils sont identiques parce l'homme qui l'administre est celui qui s'est occupé du contrôle de la qualité pour nous.

Nous avons aussi un programme de prélèvement au hasard de films de femmes chez qui on a diagnostiqué un cancer. Tous les autres programmes de dépistage ont tenté la même expérience et ont eu les mêmes problèmes que nous. Ces films ont été réinterprétés par un radiologiste-témoin, l'un des grands spécialistes de la mammographie au Canada, qui tenait absolument à avoir l'un des centres de l'étude, mais qui n'avait pas les installations voulues dans son hôpital. Il a donc fait un excellent travail comme radiologiste-témoin. Douglas McFarlane, qui était membre du comité original de 1973 de l'Association canadienne des radiologistes, est resté très actif dans l'association jusqu'à ce qu'il meure, malheureusement, cette année, du cancer.

[Text]

So we had all that, and now we are being criticized by the people who in fact were part of it and were party to it and agreed to it, who sometimes would argue with our reference radiologist, saying, you're wrong when you say we should be doing this, and who sometimes argued with our reference physicist. In your province, as it happened, they liked light films. We quarrelled with them a bit over this and eventually said, well, this is the way they can read mammograms. When we eventually had our films independently reviewed, this was one of the things on which the independent reviewers focused, saying that the films were too light. We said we knew, but we could do nothing about it because this was what they liked. These are the sorts of issues you deal with.

• 1025

I won't belabour the point, but I want to make it clear that the association was part of the initial design, and was consulted.

There was one occasion when the association—I haven't actually got the file with me—decided to issue a statement on screening, and decided to follow the American College of Radiology. It was during the course of the study. I heard this was in the wings, and it seemed to me it would cut across the study because it was going to advocate screening routinely in women aged 40 to 49. I asked to go and meet with the association. I met with association members and asked them to postpone the initiation of their statement until the conclusion of screening in the study. They declined to do so, as they were perfectly entitled to do.

That particular interchange, unfortunately, was misinterpreted by Dr. Warren, and she wrote about it. She had misunderstood the information she had got from her husband, and that got into the journal of the National Cancer Institute as a conflict between myself and the association. In a sense it was, but it wasn't a conflict on the study. It was a conflict on policy.

I haven't got the final figures on the costs of the study. Of course, while the follow-up continues, costs are still accumulating. It is costing us in the order of \$300,000 a year to run the follow-up, because it is such a large study. The costs so far are of the order of \$18 million.

These sums have come, until recently, approximately equally from government sources and the voluntary agencies. About one-half of the money has been put in by the National Cancer Institute of Canada or by the Canadian Cancer Society, through various funding mechanisms. Of the government provision of costs, the majority, of course, has come from the federal government, from the NHRDP program, but we did get money from the Medical Research Council in addition, and we also got quite a bit of money from the Ontario Ministry of Health through their program.

In each of the provinces there were various amounts of money that were provided in the setting up of the screening centres, which was a local responsibility. Neither the National Cancer Institute of Canada nor NHRDP was prepared to

[Translation]

Nous avons donc fait tout cela et maintenant, ceux-là même qui ont participé à l'étude et qui ont tout entériné, qui ont parfois contesté ce que disait notre radiologiste-témoin, qui réfutaient ses suggestions et qui n'étaient pas toujours d'accord avec notre médecin-témoin, nous critiquent maintenant. Dans votre province, on préférait les images pâles. Nous nous sommes disputés avec eux à ce sujet, mais nous avons fini par accepter leur façon de lire les mammographies. Quand nous avons fait évaluer nos films par des spécialistes indépendants, ceux-ci ont précisément relevé que les films étaient trop pâles. Nous le savions bien, mais nous n'y pouvions rien puisque c'était ce que les médecins préféraient. Voilà le genre de problèmes auxquels nous avons été confrontés.

Je ne veux pas insister outre mesure, mais je veux que vous sachiez que l'Association a été consultée et a participé à la conception même de l'étude.

Il est bien arrivé—je n'ai pas le dossier à portée de la main—que l'Association décide de faire une déclaration sur le dépistage pour faire comme le American College of Radiology. C'était pendant l'étude. Quand j'en ai entendu parler, j'ai craint que cela ne nuise à l'étude parce qu'on avait l'intention de préconiser les mammographies de routine pour les femmes de 40 à 49 ans. J'ai donc demandé à rencontrer les membres de l'association que j'ai priés de bien vouloir reporter la déclaration jusqu'à la fin de l'étude, ce qu'ils ont refusé comme ils en avaient parfaitement le droit.

Malheureusement, le docteur Warren a mal interprété mes démarches et elle a écrit quelque chose là-dessus. Elle avait mal compris l'information que lui avait transmise son mari et cela s'est retrouvé dans le journal de l'Institut national du cancer comme s'il y avait un conflit entre l'association et moi. Il y en avait un en effet, mais pas au sujet de l'étude. C'était au sujet de la politique.

Je ne sais pas encore combien a coûté l'étude en tout. Évidemment, le suivi se poursuit et les coûts continuent de monter. Le suivi nous coûte environ 300 000 \$ par année parce que c'est une étude d'envergure. Jusqu'à présent, cela a coûté en tout 18 millions de dollars.

Jusqu'à récemment, nous étions financés à parts égales par les gouvernements et les organismes à but non lucratif. Environ la moitié de l'argent nécessaire a été investie par l'Institut national du cancer du Canada ou par la Société canadienne du cancer, grâce à diverses méthodes de financement. Du côté des gouvernements, presque tout l'argent est venu du gouvernement fédéral, dans le cadre du programme PURDS, mais nous avons aussi obtenu des fonds du Conseil de recherches médicales. Le ministère de la Santé de l'Ontario nous a également remis une somme intéressante par l'entremise de son programme.

Chacune des provinces a subventionné la mise sur pied des centres de dépistage qui relevaient d'elle. Ni l'Institut national du cancer du Canada ni le PURDS n'étaient prêts à investir dans ces centres. Le FRSQ a payé l'organisation des

[Texte]

provide funds for screening centres. FRSQ provided the funds for setting up screening centres in Quebec. We actually got funds from the Nova Scotia division of the Cancer Society to set up a screening centre in Halifax. Ontario set up their screening centres; Manitoba set up their screening centres; Alberta provided quite a bit of money from the Heritage Fund. We actually didn't get British Columbia government money, but we got a special allocation from Terry Fox funds for the British Columbia centre.

None of this money was given as a sort of packet. Essentially, I initially got funds for two centres, and then I got funds for another three centres. Essentially we were going through a process the whole time. The Canadian Cancer Society NCIC side, together with the federal government, established what they called a management committee, which met every six months during the course of the study. I and my administrative officer had to prepare accounting for this committee.

Ms Black: Was the \$18 million the total of everything that you have mentioned?

Dr. Miller: Yes.

You asked a number of questions in relation to women aged 40 to 49. One of them related to the fact that we had found a number of node-negative tumours, and as yet there has not been a reduction in breast cancer deaths. I think there are two possible explanations for that.

• 1030

One of them is that it has been known for a long time that women with node-negative breast cancer survive very much longer, even though it's now recognized that indeed even in women with node-negative tumours, a number of deaths from breast cancer occur. In general circumstances we would expect on the order of 75% for five-year survival in this group of women, about 50% in women with node-positive tumours.

These survival figures I've just quoted are in fact improving, as I've already said, in terms of treatment. Indeed, I think one of the things you have to recognize in what's now being quoted about survival is that in a sense these have been derived from women treated in the same period as the women were treated in this study. So what is now being reported as improvement in survival also was available to women in the study, even though they weren't necessarily in research studies, because everybody was aware of this. They were all being treated in the big centres in Canada. Many of them were participating in breast cancer trials. They were aware of the advances of breast cancer treatment. So these advances were available to the women in this study.

Indeed, for the women aged 40 to 49, we carefully checked the treatment they received, or at least that a proportion of them who died received, together with stage-matched women who had not died, just to see if reason for death was difference in treatment. Our reviewers, a radiation oncologist and a medical oncologist, were given all the treatment records we collected. They didn't know whether they had mammography or not. Therefore they were quite

[Traduction]

centres de dépistage au Québec. Nous avons reçu des fonds de la division de la Nouvelle-Écosse de la Société du cancer en vue de l'ouverture d'un centre de dépistage à Halifax. L'Ontario a installé ses propres centres, tout comme le Manitoba. L'Alberta a versé un montant important tiré du Fonds du patrimoine. Nous n'avons rien reçu du gouvernement de la Colombie-Britannique, mais nous avons reçu une subvention spéciale du Fonds Terry Fox pour le centre de dépistage de la Colombie-Britannique.

Nous n'avons pas reçu de somme globale. Au départ, j'ai reçu assez d'argent pour deux centres, puis pour trois autres centres. Chaque fois, il fallait recommencer à zéro. La Société canadienne du cancer et l'INCC, conjointement avec le gouvernement fédéral, ont créé ce qu'ils ont appelé un comité de gestion qui se réunissait à tous les six mois pendant l'étude. Mon adjoint administratif et moi devions préparer des états financiers en vue de ces réunions.

Mme Black: Le montant de 18 millions de dollars représente la somme de tout ce que vous venez de mentionner?

Dr Miller: Oui.

Vous avez posé un certain nombre de questions au sujet des femmes de 40 à 49 ans. Vous avez notamment demandé pourquoi le taux de mortalité du cancer du sein n'avait pas encore diminué étant donné que nous avons trouvé un certain nombre de tumeurs localisées. Je pense qu'il y a deux explications à cela.

Tout d'abord on sait depuis longtemps que les femmes ayant un cancer où les ganglions ne sont pas touchés survivent beaucoup plus longtemps, bien qu'on reconnaisse maintenant que même les cancers où les ganglions ne sont pas touchés peuvent entraîner un certain nombre de décès. En général, on a une survie sur cinq ans de l'ordre de 75 p. 100 dans ce groupe, contre 50 p. 100 chez les femmes dont les ganglions sont atteints.

Ces chiffres de survie progressent, comme je l'ai dit, grâce au traitement. Il faut souligner que les chiffres de survie mentionnés visent des femmes traitées au cours de la période visée par cette étude. Par conséquent, les progrès de survie qu'on annonce maintenant concernaient aussi les femmes visées par l'étude, même si elles n'étaient pas incluses dans un programme de recherche, car tout le monde était au courant de cela. Elles étaient toutes traitées dans les grands centres du Canada. Beaucoup d'entre elles participaient à des programmes expérimentaux sur le cancer du sein. Elles étaient au courant des progrès du traitement du cancer du sein. Donc, ces progrès étaient à la disposition des femmes visées par cette étude.

En fait, nous avons soigneusement examiné le traitement administré aux femmes de 40 à 49 ans, ou du moins nous avons vérifié qu'une certaine proportion de ces femmes qui étaient décédées avaient reçu le même traitement que d'autres femmes au même stade d'évolution qui avaient survécu. Nous avons donné tous les dossiers de traitement que nous avons recueillis à nos examinateurs, un oncologue radiologue et un oncologue médical. Ils ignoraient si les

[Text]

blind in their assessment. Their conclusion was that these women did have state-of-the-art treatment, as they would have expected, and there was no difference between the treatment offered to the women who eventually died and the women who did not.

So we don't believe there is a lack-of-treatment explanation for the deaths that have occurred. Indeed, although it's very difficult to be absolutely certain, I believe some of the high survival, as I've already said, is because of the good treatment our participants had—better than you would normally expect to have in Canada.

Whether eventually, in the younger age group, this earlier detection of node-negative tumours and the improved treatment will translate into a benefit of mammography, of course, can only be found out by longer-term follow-up. That's possible.

One of the reasons I'm pessimistic about it is that we believe in the Swedish trials, which have been running longer than our own—they now have results up to 10 years and beyond—there's still no evidence of a benefit in that age group; and they also, we believe, had the benefit of good treatment. So I'm a little pessimistic that we will see it. But of course I can't predict the future.

You asked a more general question on how I interpret the improved survival that has resulted from treatment of women with breast cancer in North America and elsewhere. What I believe is definitely happening is a postponement of death from better treatment. I'm not convinced this will necessarily translate inevitably into prevention of death.

The sort of records we are seeing—and in this study we do collect all records of women with breast cancer on an annual basis, and I review them all—make me realize that even in this population we're dealing with a disease about which we really can't predict what's going to happen. Women will go for years—this includes women with node-positive disease initially as well as node-negative disease, and then suddenly they will develop evidence of recurrence of metastasis somewhere. In spite of the best efforts of the treatment centres, death usually follows within a year to two. This has been something I think the public have been aware of in the women with breast cancer who have been prominent in North America, some of them my friends.

Rose Kushner was a great friend of mine, and she had node-positive disease. She survived for many years. Then one day I met her at a meeting and I said, you don't look very well. She said, I don't; I have a recurrence in my sternum. I met her once more, and then she was dead.

That's the way this disease behaves. Therefore, although we have these drugs which are postponing this, I think, we are not able to eradicate tumours.

[Translation]

femmes avaient eu ou non une mammographie. Leur évaluation était donc parfaitement impartiale. Ils ont conclu que ces femmes avaient reçu un traitement de pointe, comme prévu, et qu'il n'y avait pas de différence entre le traitement administré aux femmes qui étaient mortes par la suite et à celles qui avaient survécu.

Nous estimons donc que les décès enregistrés ne sont pas dus à une carence du traitement. En fait, bien qu'il soit très difficile d'être absolument catégorique, je crois que le taux élevé de survie s'explique en partie par l'excellent traitement administré à nos participantes, de traitement supérieur à celui auquel on s'attend normalement au Canada.

Évidemment, seul un suivi à long terme permettra de dire si cette détection précoce des tumeurs n'ayant pas atteint les ganglions et l'amélioration du traitement dans le groupe des plus jeunes seront à verser au crédit de la mammographie.

Si je suis pessimiste à ce sujet, c'est notamment parce que nous estimons que les essais qu'on réalise en Suède depuis plus longtemps que nous—ils accumulent des résultats depuis plus de 10 ans—n'ont toujours pas mis en évidence un avantage quelconque pour ce groupe d'âge; il s'agit pourtant de femmes qui avaient apparemment bénéficié d'un bon traitement. Je suis donc assez sceptique. Mais naturellement, il est impossible de prédire l'avenir.

Vous avez posé une question plus générale sur mon interprétation de la survie chez les femmes ayant été traitées pour un cancer du sein en Amérique du Nord et ailleurs. Je suis profondément convaincu qu'un meilleur traitement permet de reculer le décès. Je ne suis pas convaincu qu'il puisse automatiquement permettre d'éviter le décès.

Les dossiers que nous voyons—et dans cette étude nous recueillons sur une base annuelle tous les dossiers des femmes ayant un cancer du sein, et j'examine tous ces dossiers—m'amènent à penser que même dans le cas de cette population, nous avons une maladie dont il est impossible de prédire l'évolution. Certaines femmes survivent pendant des années—aussi bien des femmes dont les ganglions sont atteints que les femmes dont les ganglions ne sont pas touchés, et soudain on voit réapparaître chez elles des métastases. Malgré tous les efforts des centres de traitement, la mort s'ensuit généralement en l'espace d'un an ou deux. Je pense que c'est quelque chose que le public a pu constater chez des femmes très connues en Amérique du Nord ayant eu un cancer du sein, des femmes dont certaines étaient mes amies.

Rose Kushner était une de mes grandes amies, et elle a eu un cancer qui n'avait pas atteint les ganglions. Elle a survécu pendant des années. Un jour, je l'ai rencontrée à une réunion et je lui ai dit qu'elle n'avait pas l'air bien. Elle m'a répondu qu'effectivement elle ne se sentait pas bien, qu'il y avait une récurrence dans son sternum. Je l'ai revue une fois, et puis elle est morte.

C'est ainsi qu'évolue cette maladie. Je pense donc que, malgré tous ces médicaments qui permettent de retarder l'échéance, il est impossible de venir à bout des tumeurs.

[Texte]

• 1035

There are only two solutions to this. Screening is not the solution. Screening provides the opportunity for treatment at an earlier stage in the natural history. If the natural history—

Ms Black: Which you would think would make a difference.

Dr. Miller: Which one would hope would make the difference, and we started this study believing it was going to make a difference. It hasn't been shown to make a difference, at least as far as we've gone.

What solution is there? The solution is better treatment once the cancer is detected, at whatever stage, or prevention. I'm not here to discuss prevention with you, though I'm very interested in this. However, I feel we have to recognize that there is this need to improve treatment.

In the 1990s, the era we're now in, where it has been recognized, particularly in women with node-negative breast cancer, that you can identify biological markers of poorer prognosis and that in women with these markers adjuvant chemotherapy is now being given, it is possible, because one suspects these women have a lower tumour burden than those with node-positive disease, that the eventual outcome of adjuvant chemotherapy may be better. So one of the benefits of screening in the 1990s could be, particularly if one is able to downstage, as we call it, to find cancers at a stage where they're node-negative, whereas they would normally be node-positive, that there may be an eventual outcome.

One of the disappointing things about the NBSS is that there is no evidence in either age group that the use of mammography downstaged in that sense has brought forward the time of diagnosis with node-negative disease, but it hasn't changed the totality of node-positive disease that has occurred in this particular cohort of women. Of course that is one of the main reasons why we've seen no difference in the death rates, because in spite of finding many more cancers, we were not able to impact upon the node-positive disease. Longer follow-up may well show this benefit in the NBSS, but I don't know.

I think I've answered most of your questions.

Ms Black: Yes, you have. I have some more questions, but I think we probably—

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Save them for the second round.

Before I hand it over to Mrs. Clancy, could I ask a question?

Mrs. Clancy: You can go ahead, Madam Chair, because it's really your turn.

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): I just wanted to ask this. We've heard that one in twenty women has had cancer. Now it's one in nine. When did the one in twenty come? Was that 1973 and before?

[Traduction]

Il n'y a que deux solutions. Le dépistage n'est pas la solution. Le dépistage permet de commencer le traitement plus tôt dans l'histoire naturelle. Si l'histoire naturelle. . .

Mme Black: . . . qui devrait faire une différence.

Dr Miller: . . . qui théoriquement devrait faire une différence, et nous avons commencé cette étude en pensant que cela pouvait faire une différence. Jusqu'à présent, nous n'avons toutefois pas pu confirmer cette hypothèse.

Quelle est la solution? La solution, c'est un meilleur traitement une fois le cancer détecté, quel que soit son stade d'évolution, ou la prévention. Je ne suis pas ici pour vous parler de prévention, même si ce sujet m'intéresse beaucoup. Je pense qu'il faut cependant reconnaître la nécessité d'améliorer le traitement.

Au cours des années quatre-vingt-dix, c'est-à-dire à notre époque, on s'est rendu compte, notamment chez les femmes ayant un cancer du sein sans atteinte des ganglions, qu'il était possible de détecter des marqueurs biologiques indicatifs d'un pronostic moins bon. On administre aux femmes présentant ces marqueurs une agovine-chimiothérapie, car on pense que la tumeur est moins dure à supporter pour ces femmes que chez celles dont les ganglions sont atteints, en pensant que cette thérapie pourra donner de meilleurs résultats. Par conséquent, l'un des avantages du dépistage au cours des années quatre-vingt-dix, surtout si l'on peut anticiper, comme on dit, pourrait être de nous permettre de dépister les cancers à un stade où les ganglions ne sont pas atteints au lieu de les détecter seulement une fois les ganglions touchés.

Ce qui est décevant dans l'étude nationale de dépistage, c'est que ce recours à la mammographie précoce a sans doute permis un diagnostic plus rapide de la maladie quand les ganglions ne sont pas atteints, mais n'a rien changé à la présence de la maladie au stade où les ganglions sont atteints dans cette cohorte de femmes particulières. Évidemment, c'est une des principales raisons pour lesquelles nous ne voyons pas de différence dans les taux de mortalité, puisque malgré la détection d'un plus grand nombre de cancers, nous ne pouvons pas faire reculer la maladie lorsque les ganglions sont atteints. Un suivi à plus long terme permettra peut-être de tirer des conclusions plus positives de l'étude nationale de dépistage, mais je ne sais pas.

Je pense avoir répondu à l'essentiel de vos questions.

Mme Black: En effet. J'en ai d'autres à vous poser, mais je pense que. . .

La présidente suppléante (Mme Anderson): Gardez-les pour le deuxième tour.

Avant de donner la parole à M^{me} Clancy, pourrais-je poser une question?

Mme Clancy: Allez-y, madame la présidente, car c'est votre tour.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Voici. On nous a dit qu'une femme sur vingt avait un cancer. Maintenant c'est une sur neuf. À quelle époque avions-nous ce chiffre de un sur vingt? Était-ce avant 1973?

[Text]

Dr. Miller: No, I think the one in twenty figure has not applied in Canada for 40 or 50 years. It was probably a figure that was calculated by a different mechanism. The one in nine or one in ten figure, and now in the United States even one in eight, that is being spoken about has to be interpreted understanding that two things have changed these numbers. One is different ways of calculating, to which I've already referred. Even in spite of that, the use of mammography particularly has brought forward the time of diagnosis of breast cancers and therefore this inevitably increases the incidence rate. This is the main reason these figures have shifted.

They always have to be interpreted on the understanding that what you're actually talking about is not one in eight, nine, or ten of every woman born. As women live through life, providing they survive—and of course women and men are surviving much longer—the opportunity for them to develop breast cancer eventually accumulates over a totality of life to that amount. By the time you've got to the one in eight figure, which is now being calculated on women surviving to 85, a number of women have already died of other causes. So it's not a total of one in eight women.

For individuals, as they continue to survive, they are of course reaching this cumulative probability. On the other hand, if a woman has already reached the age of 65 and hasn't developed breast cancer, her own probability will never reach one in eight, because that one in eight has included all the women who have developed breast cancer up to then and she hasn't developed it. So for an individual woman who's 65 and free of breast cancer, one in eight can never apply; it's going to be much less.

• 1040

What we do need, and what we do need to publish, is a different set of probabilities. Women in their forties need to know, what is the probability I will develop breast cancer in the next 10 years? Similarly with women in their fifties, women in their sixties. I regret I and others, who are perfectly capable of producing these figures, haven't yet produced them and published them.

As it happens, I had the opportunity to present the results of the study yesterday to a group assembled by the Laboratory Centre for Disease Control in the Banting Building in Tunney's Pasture. The editor of the *Canadian Journal of Public Health* has asked me to write a special paper trying to put the NBSS into perspective. I think I am going to try to do this in this paper. We do need these figures. I'm going to get my statistician to work with me to see if we can actually produce these sorts of probabilities, which will be easier for women to understand.

At present they're simply confusing. Indeed, one foundation sent out some mail in the last nine months indicating complete misunderstanding of these probabilities. We do need to change.

I recognize, Madam Chair, that I didn't answer one question, and I'm sorry Ms Black is not here. She asked about breast self-examination, and I did want to make a comment on breast self-examination for the record.

[Translation]

Dr Miller: Non, je pense que ce chiffre de un sur vingt ne s'applique pas au Canada depuis 40 ou 50 ans. C'est probablement un pourcentage qui a été calculé d'une manière différente. Le pourcentage de un sur neuf ou un sur dix, et même de un sur huit aux États-Unis actuellement, dont on parle doit être interprété compte tenu de deux changements. D'une part, le mode de calcul est différent, et j'en ai déjà parlé. Même malgré cela, l'utilisation de la mammographie en particulier a permis de faire un diagnostic plus précoce du cancer du sein, ce qui entraîne forcément une hausse du taux d'incidence. C'est la principale raison de cette progression.

Il faut toujours interpréter ces chiffres en sachant qu'on parle non pas d'une femme sur huit, neuf ou dix qui naissent. Au cours de la vie des femmes, à condition qu'elles survivent—et naturellement les femmes et les hommes survivent beaucoup plus longtemps maintenant—les risques de cancer du sein s'étalent sur toute la durée de l'existence. Quand on en arrive à ce chiffre de un sur huit, qu'on a pour les femmes qui survivent jusqu'à 85 ans, on ne tient pas compte des nombreuses qui sont déjà mortes d'autres causes. Donc, ce n'est pas un pourcentage absolu d'une femme sur huit.

Les individus qui survivent se rapprochent naturellement de ce taux de probabilité. En revanche, si une femme a atteint l'âge de 65 ans sans être touchée par le cancer du sein, la probabilité dans son cas n'atteindra jamais un sur huit, puisque dans ce pourcentage on inclut toutes les femmes chez lesquelles le cancer s'est déjà déclaré jusque-là, alors qu'elle en a été exemptée. Par conséquent, la proportion pour une femme de 65 ans qui n'a pas été touchée par le cancer du sein jusque-là est beaucoup plus faible.

Ce qu'il nous faut, et ce que nous devons publier, c'est un tableau de probabilités différent. Les femmes dans la quarantaine veulent savoir quels risques elles ont d'avoir un cancer du sein dans les dix années qui suivent. Même chose pour les femmes dans la cinquantaine ou dans la trentaine. Je regrette que moi-même et d'autres personnes parfaitement en mesure de présenter ces chiffres ne l'ayons pas encore fait et n'ayons pas encore publié ces informations.

Il se trouve que j'ai eu l'occasion hier de présenter les résultats de l'étude à un groupe réuni au Laboratoire de lutte contre la maladie à l'édifice Banting de Tunney's Pasture. Le rédacteur de la *Revue canadienne de santé publique* m'a demandé d'écrire un article spécial présentant l'étude nationale de dépistage du cancer du sein. Je pense que je vais essayer de faire ce que je viens de dire dans ce document. Nous avons besoin de ces chiffres. Je vais mettre mon statisticien au travail pour voir si nous pouvons vraiment présenter ce genre de probabilités, qui seraient les plus faciles à comprendre pour les femmes.

Pour l'instant, on n'y comprend rien. En fait, une fondation a envoyé au cours des neuf derniers mois des documents traduisant une incompréhension totale de ces probabilités. Il faut changer cela.

Je me rends compte, madame la présidente, que je n'ai pas répondu à une question, et je suis désolé que M^{me} Black ne soit pas là. Elle a posé une question sur l'auto-examen du sein, et je souhaitais donner ici une réponse que vous pourriez noter.

[Texte]

As I have already said, all the women in the study were taught breast self-examination, and we have good evidence, particularly for those who came back on an annual basis, that they practised it with increasing efficiency. We cannot, of course, measure with precision the contribution of breast self-examination, but in interpreting the results of the study, we have to recognize our findings relate to a cohort of women who had more opportunity to learn about breast self-examination, were taught on an individual basis if they came back to the screening centres, and had that lesson reinforced. The nurse asked them to demonstrate how they practise breast self-examination, then they tried to correct anything they felt they were doing wrong.

This is the underlying background of what we've demonstrated. We are going to try to evaluate the impact of breast self-examination in the NBSS. This is a project for the next year. We do have information on the women who practised it and those who did not, and we're going to try to find out whether it did contribute in any way. But I don't have the answers there.

I have had the privilege of analysing data from Finland, a cohort of women who were taught breast self-examination in the 1970s by one of the pioneers of the technique in Finland, Dr. Gastrin. I've analysed her data with the collaboration of the Finnish authorities and the cancer register, and it does look as though the practice of breast self-examination in that cohort of women reduced their risk of death from breast cancer on the order of 20%. It's unfortunately not a randomized trial, so it's not controlled. But it is at least encouraging, and it is one of the first studies. Interestingly, because it's not a randomized trial, I've had difficulty getting it published. So it hasn't yet been published. I hope it will be soon.

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Certainly the identification of the disease is very important. That's the very first thing. Prevention, of course, is something that will follow in time. But even though the Canadian women survive longer than some of the others, as far as we know, what is now available for finding a cure? What would you suggest? Once we have identified it, be it through mammography or through self-examination, the results haven't been 100% at all, of course. What sort of cure could you recommend? Is it financial? Is it research?

Dr. Miller: I think the research community is still going to go looking for better drugs, different types of drugs, different types of regimen. Although it may seem a little odd, there is possibly an opportunity for some different approaches. The advances in our understanding of the genetics of cancer that have occurred suggest genetic changes can be influenced by a number of different factors. In our treatment we have tended to concentrate on approaches that will kill tumour cells, and are more likely to kill tumour cells than normal cells, because tumour cells grow more rapidly. But that may actually not be the way to go in the future.

[Traduction]

Comme je l'ai dit, on a appris aux femmes qui participaient à l'étude à se palper les seins, et nous avons pu constater, notamment chez celles qui sont revenues tous les ans, qu'elles avaient pratiqué cet examen de façon de plus en plus efficace. Naturellement, nous ne pouvons pas mesurer avec précision l'apport de cet auto-examen, mais lorsque nous interprétons les résultats de notre étude, nous devons tenir compte du fait que nous parlons d'une cohorte de femmes qui ont eu plus l'occasion d'apprendre à s'auto-examiner, qu'on a encadrées individuellement quand elles sont revenues dans les centres de dépistage, et chez qui on a renforcé la leçon. L'infirmière leur demandait de lui montrer comment elles procédaient à cet auto-examen et essayait de les corriger si quelque chose n'était pas bien.

Voilà donc la toile de fond de ce que nous avons montré. Nous allons essayer d'évaluer les retombées de l'auto-examen des seins dans cette étude nationale. C'est un projet pour l'année prochaine. Nous avons des informations sur les femmes qui ont pratiqué cet auto-examen et celles qui ne l'ont pas fait, et nous allons essayer de voir si cela a eu un rôle positif quelconque. Mais je n'ai pas les réponses ici.

J'ai eu le privilège d'analyser des données venant de Finlande sur une cohorte de femmes à qui l'un des pionniers de la technique d'auto-examen en Finlande, le docteur Gastrin, avait enseigné cette technique au cours des années soixante-dix. J'ai analysé ces données en collaboration avec les autorités finlandaises et en utilisant le registre du cancer, et il semble que cette pratique de l'auto-examen chez cette cohorte de femmes ait entraîné une réduction du risque de décès dû au cancer du sein de l'ordre de 20 p. 100. Ce n'est malheureusement pas un essai aléatoire, donc il n'est pas contrôlé. C'est tout de même une constatation encourageante, et c'est une des premières études. Chose intéressante, comme ce n'était pas un test aléatoire, j'ai eu du mal à le faire publier. Il n'a donc pas encore été publié, mais j'espère qu'il le sera bientôt.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Il est certes très important de détecter la maladie. C'est la toute première chose. La prévention suivra naturellement. Mais même si les Canadiennes survivent plus longtemps que d'autres femmes, pour autant que nous le sachions, où en est-on pour ce qui est de trouver un traitement? Que proposez-vous? Une fois que nous avons détecté la maladie, que ce soit au moyen d'une mammographie ou d'un auto-examen, sans que les résultats soient garantis à 100 p. 100, naturellement, quelle solution recommandez-vous? Faut-il de l'argent? De la recherche?

Dr Miller: Je pense que le monde de la recherche va continuer à chercher de meilleurs médicaments, des médicaments différents, des régimes différents. Bien que cela semble un peu bizarre, il se pourrait que diverses démarches soient possibles. Les progrès de notre compréhension de la génétique du cancer nous ont amenés à penser que divers facteurs peuvent influencer sur les changements génétiques. Notre traitement a eu tendance à être concentré sur des formules destinées à tuer les cellules cancéreuses, et il tue normalement plus de cellules cancéreuses que de cellules normales parce que les cellules cancéreuses se multiplient plus rapidement. Mais peut-être suivrons-nous une autre démarche à l'avenir.

[Text]

• 1045

What people are trying to work on are agents that may change the way cancers divide and grow and may actually cause them to stop dividing and growing. That isn't an approach to killing cancer cells; it's essentially something that will make them change what they're doing.

Surprisingly, there's increasing interest in factors in the diet that might do that, because it's clear that in terms of causation of cancer, and breast cancer is no exception—in my group we are about to publish a paper showing that fibre-containing foods appear to be protective for breast cancer. Indeed, there is one other thing that seems to be protective for breast cancer. This was found from the National Breast Screening Study participants themselves. Those women who exercise more have lower breast cancer rates.

There are things concerned with general health that I think we're learning, that we can tell women. It is indeed possible that even when we've established breast cancer, if they modify their diet quite radically to get away from some of the things that we know increase the risk of cancer, such as high fat, some methods of food processing and whatever, we can talk about an anti-carcinogenic diet.

What worries me about all this is that the general group of scientists who are not aware of these advances are going to say this is quackery. This weekend I was at a meeting in San Diego, California. It was called by the director of the San Diego cancer centre, a medical oncologist we lost from Canada, whom I think you met before he went to San Diego, Dr. Hryniuk.

Ms Black: Yes.

Dr. Miller: He was the director of the Hamilton cancer clinic. He was someone I got to know when he was still in Winnipeg, before he went to Hamilton. Anyway, he got together a group of people who were interested in diet and cancer, interested in genetics of cancer, to discuss the possibility that the time was right to try to evaluate in cancer, breast or other cancers, the impact of a radical change in a dietary regimen. This dietary regimen is designed to maintain the patient's health, but cuts out some of the substances that appear to increase the risk of cancer occurrence.

I don't know whether this is going to work. It's a very difficult thing and we may be quite wrong. But even in spite of that, there are people working actively on means to interfere with cancer cell growth—not to kill them, but to change them so that they stop dividing. I think that's the future, whether it comes from diet or from some other new agents of which we're not yet aware. They might be in the pipeline but we haven't heard about them. This is why we need money that is not necessarily directed to breast cancer research as such. It is money that is directed to the research units in this country and in United States and elsewhere that are trying to look at modifiers of the basic occurrence of cancer, how it works and what you can do to modify it.

[Translation]

Les chercheurs essaient de trouver les agents qui pourraient modifier la manière dont les cellules cancérigènes se multiplient et croissent, et pourraient même arrêter leur multiplication et leur croissance. Ici, il ne s'agit pas de tuer ces cellules, mais essentiellement de les amener à modifier leur comportement.

Fait étonnant, on s'intéresse de plus en plus aux facteurs alimentaires qui pourraient produire le même résultat, car il est clair qu'en ce qui concerne les causes du cancer, y compris du cancer du sein—dans mon groupe, nous allons bientôt publier un article dans lequel nous démontrons que les aliments contenant des fibres protègent contre le cancer du sein. En effet, il y a un autre facteur qui semble protéger contre cette maladie. Nous l'avons constaté auprès des participantes à l'étude nationale de dépistage du cancer du sein. Les femmes qui font plus d'exercice sont moins touchées par le cancer du sein.

Nous apprenons des choses sur la santé en général, et nous pouvons les communiquer aux femmes. Même quand nous avons établi la présence d'un cancer du sein, il est tout à fait possible que nous leur demandions de modifier assez radicalement leur alimentation pour éliminer certains facteurs qui accroissent les risques de cancer, notamment une forte consommation de graisse, certaines méthodes de transformation des aliments, etc., bref, une alimentation anti-cancérogène.

Ce qui me préoccupe dans tout cela, c'est que les scientifiques qui ne sont pas au courant de ces découvertes diront que c'est du charlatanisme. Le week-end dernier, j'ai été à une réunion à San Diego en Californie. Elle a été organisée par le directeur du San Diego cancer centre, le docteur Hryniuk, oncologue qui est parti du Canada, et que vous avez probablement rencontré avant son départ.

Mme Black: En effet.

Dr Miller: Il dirigeait le Centre anticancéreux de Hamilton. Je l'ai connu quand il était encore à Winnipeg, avant son départ pour Hamilton. En tout cas, il a réuni un groupe de personnes qui s'intéressaient à l'alimentation et au cancer et à la génétique du cancer pour débattre de la possibilité d'évaluer l'impact d'un changement radical de régime alimentaire sur le cancer du sein et d'autres formes de cancer. Ce régime alimentaire est conçu pour préserver la santé du patient, mais il ne contient pas certaines substances qui semblent augmenter les risques de cancer.

J'ignore si cela va fonctionner. C'est très difficile et nous pouvons nous tromper. Quoi qu'il en soit, il y a des gens qui travaillent activement sur des moyens de modifier la croissance des cellules cancérigènes; il ne s'agit pas de les tuer, mais de les modifier pour qu'elles cessent de se multiplier. Je pense que telle est la voie de l'avenir; empêcher la multiplication de ces cellules, que ce soit par l'alimentation ou par de nouveaux agents que nous ne connaissons pas encore. Ils existent peut-être, mais nous n'en avons pas encore entendu parler. C'est pour cela que nous avons besoin de fonds qui ne sont pas nécessairement réservés à la recherche portant spécifiquement sur le cancer du sein. Nous voulons des fonds destinés à des unités de recherche au Canada, aux États-Unis et ailleurs pour étudier non seulement les facteurs qui modifient l'incidence du cancer, mais aussi l'évolution des cellules cancérigènes et la façon de les modifier.

[Texte]

Mrs. Clancy: Dr. Miller, let me begin by apologizing for being late. One of the problems about being a woman in this place is that there are many crises that demand your time at the same time.

I'm going to jump right into it. You might have seen a reaction from Ms Black and myself when you talked about the dietary content. As someone who has spent the last six months cutting just about everything from her diet, I hope you're right. But was there not a study just released that did not find a connection between a high fat diet and cancer? Perhaps you could comment on that.

Dr. Miller: Yes, I think you referring to the update of the women's health—

Mrs. Clancy: Breast cancer.

Dr. Miller: —study, which is actually based on a cohort of about 90,000 American nurses who completed a self-administered dietary questionnaire. This is the second time they've looked for a relationship between fat in the diet and breast cancer and not found it in that group of women.

We are not sure why this has happened, because we reported this in 1991. In the first look at the 56,000 women in the National Breast Screening Study who completed dietary questionnaires we do find a relationship between fat in the diet and the risk of breast cancer occurrence. We also find, as I have already told you, an indication that in this same cohort fruits and vegetables, things that contribute to dietary fibre, seem to be protective.

• 1050

One of the difficulties here is that we are almost certainly, in terms of breast cancer occurrence, the development of breast cancer, the diagnosis of breast cancer, very late in the game when we are looking at diet in women who are in their middle years, because it probably is not that diet that is really important but the diet they had in their teens and twenties.

Mrs. Clancy: Thanks a lot!

Dr. Miller: That may be true in terms of development of breast cancer, but it shouldn't be translated into an indication that if somebody changes their diet now, before they develop breast cancer, they don't reduce their risk, because one of the things about diet appears to be that in order to have an effect you have to maintain it. A number of animal studies have shown that.

So even though the process may start early, and what essentially one is doing is picking up the wrong sort of information, it may well be that a particularly major change in diet at this stage and in women in their forties and fifties could have an impact on breast cancer risk. We don't know this, but Dr. Boyd's study in Toronto of women who are identified as high risk because they have changes in the X-rays and mammograms, and the women's health trial just being initiated in the U.S., will specifically test this question, and we will have to look at that answer.

[Traduction]

Mme Clancy: Docteur Miller, tout d'abord, excusez mon retard. L'un des problèmes que rencontrent les femmes ici, c'est de faire face à de nombreuses crises en même temps.

Passons au vif du sujet. Vous nous avez probablement vu réagir, madame Black et moi-même, lorsque vous nous avez parlé de régime alimentaire. Étant donné que j'ai passé les six derniers mois à éliminer presque tout de mon alimentation, j'espère que vous avez raison. Cependant, on vient de publier une étude dont les auteurs ne voient aucun rapport entre une alimentation riche en matières grasses et le cancer. Qu'en pensez-vous?

Dr. Miller: En effet, je pense que vous faites allusion à la mise au point sur la santé des femmes. . .

Mme Clancy: Le cancer du sein.

Dr. Miller: . . . étude menée auprès de 90 000 infirmières américaines environ, qui se sont soumises à un questionnaire sur l'alimentation. C'est la deuxième fois que ce groupe cherche à établir un rapport entre les matières grasses dans l'alimentation et le cancer du sein, mais en vain.

Nous ignorons pourquoi il en est ainsi, car nous avons établi le rapport en 1991. Dans le cadre de l'étude nationale de dépistage du cancer du sein, en examinant les 56 000 femmes qui avaient rempli le questionnaire sur l'alimentation, nous constatons effectivement qu'il y a un rapport entre la présence de matières grasses dans l'alimentation et le risque de cancer du sein. Nous constatons également, comme je vous l'ai dit, que dans le même groupe, les fruits et légumes, c'est-à-dire les aliments riches en fibre, semblent protéger contre cette maladie.

Ici, l'une des difficultés réside dans le fait que le diagnostic du cancer du sein intervient très tard, et nous étudions l'alimentation de femmes dans la force de l'âge, alors que ce n'est peut-être pas cette alimentation qui est pertinente, mais celle qu'elles avaient dans l'adolescence et dans la vingtaine.

Mme Clancy: Merci beaucoup!

Dr. Miller: Cela est peut-être vrai en ce qui concerne le développement du cancer du sein, mais il ne faut pas en déduire qu'une personne qui change son alimentation maintenant, c'est-à-dire avant d'être victime d'un cancer du sein, ne réduit pas son risque; en effet, afin d'obtenir les résultats escomptés, il faut suivre fidèlement son régime alimentaire. On l'a démontré dans des études faites sur des animaux.

Même s'il est recommandé de commencer tôt—et souvent, les gens ont tendance à choisir les mauvaises informations—il est tout à fait possible qu'un changement radical d'alimentation chez les femmes dans la quarantaine ou la cinquantaine réduise les risques de cancer. Nous n'en sommes pas sûrs, mais l'étude menée à Toronto par le docteur Boyd sur des femmes considérées comme étant des cas à risque élevé parce que leurs radiographies et leurs mammogrammes présentent des changements, ainsi que l'étude sur la santé des femmes qui vient de débiter aux États-Unis, porteront précisément sur cette question, et nous verrons les résultats.

[Text]

In terms of other cancers, we have some good information; in colon cancer, for example, the more recent diet is relevant. However, again this doesn't necessarily speak to the fact that it may not be fat; it may be calories, or it may be the dietary pattern. The particular factors that are relevant in increasing risk may be with fat or may be the way it changes the metabolism of estrogen in women. We actually don't know the mechanism.

Mrs. Clancy: We obviously need more study.

Dr. Miller: In terms of the use of diet as therapy or as an adjunct to therapy, we have to use all the information we have available on breast cancer occurrence or breast cancer progression. A BCG, for example, is recognized as an adverse factor in terms of progression of breast cancer. So we must encourage women to reduce weight, to get back to their normal weight. These are things we now have to apply actively and we must see if they make an impact.

Mrs. Clancy: What is being done now in the medical profession appears to be staving off the inevitable, in a sense. Would you be prepared to say, or is it possible to say at this point, that there have been actual cures? I realize there is a risk in even posing this question, but I am looking at, for example, your seven-year follow-up. I know that in your study that obviously would not necessarily give you the response, but do we have cases of women who developed breast cancer, say, in their forties or fifties and subsequently lived to 95 and died of a stroke?

Dr. Miller: Oh, yes.

Mrs. Clancy: We do.

Dr. Miller: Many, many such women.

Mrs. Clancy: Really?

Dr. Miller: I think Canadian data for a long time have shown that only in the order of half the women who develop breast cancer eventually die of it, and many live a normal life span.

However, when you actually look at women who have had breast cancer and follow them, as long as the follow-up is continued that group of women are at higher risk of dying of breast cancer, obviously, than women who have never developed breast cancer. That risk of dying of breast cancer unfortunately remains. There are some cancers where we are in a position to say that if you have survived for five or six years it is very unlikely you will have a recurrence of the old cancer, whatever it may be. However, in terms of breast cancer we are not in a position to say that.

Nevertheless, there are many women who have developed breast cancer in this country and continued to remain well, some with no positive disease after treatment, and who survived to a normal age and died of another cause.

Mrs. Clancy: Did you say about half?

Dr. Miller: About half.

Mrs. Clancy: So it is a 50% cure rate.

[Translation]

Pour ce qui est des autres cancers, nous avons de bonnes informations; par exemple, pour le cancer du colon, l'alimentation récente est pertinente. Cependant, une fois de plus, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il y a un rapport avec la présence de matières grasses. Le problème vient peut-être des calories ou des habitudes alimentaires. L'augmentation du risque est peut-être due aux matières grasses ou à la façon dont elles modifient le métabolisme de l'oestrogène chez les femmes. Nous ne savons vraiment pas comment cela se passe.

Mme Clancy: De toute évidence, d'autres études sont nécessaires.

Dr. Miller: Pour utiliser l'alimentation comme médicament ou adjuvant, nous devons utiliser toutes les informations existantes sur la survenance et la progression du cancer du sein. On sait par exemple qu'un BCG ralentit la progression de cette maladie. Nous devons donc encourager les femmes à réduire leur poids, c'est-à-dire à avoir leur poids normal. Ce sont là des mesures que nous devons maintenant appliquer activement et nous devons voir si elles auront des effets.

Mme Clancy: Dans une certaine mesure, la profession médicale essaye maintenant de conjurer l'inévitable. Pouvez-vous dire, ou est-il possible de dire en ce moment, s'il y a eu de véritables remèdes? Je sais que ma question même comporte un risque, mais je pense par exemple à votre suivi de sept ans. Je sais que dans votre étude, cela ne représente pas nécessairement une solution; mais existe-t-il des femmes qui ont contracté le cancer du sein, disons dans la quarantaine ou la cinquantaine, et qui ont vécu par la suite jusqu'à l'âge de 95 ans avant de mourir d'une crise cardiaque?

Dr. Miller: Certainement.

Mme Clancy: Il en existe?

Dr. Miller: Oui, et elles sont très nombreuses.

Mme Clancy: Vraiment?

Dr. Miller: Depuis longtemps, les données canadiennes attestent que près de la moitié seulement ayant souffert du cancer du sein finissent par en mourir, et beaucoup ont une durée de vie normale.

Cependant, quand on suit attentivement les femmes qui ont été victimes d'un cancer du sein, on se rend compte qu'évidemment, elles courent un risque plus élevé d'en mourir que les femmes qui n'en ont jamais souffert. Malheureusement, ce risque demeure. Pour certains cancers, nous sommes en mesure de dire que si la patiente a survécu pendant cinq ou six ans, il est très peu probable qu'elle rechute. Cependant, nous ne pouvons pas en dire autant du cancer du sein.

Néanmoins, au Canada, bon nombre de femmes ayant souffert du cancer du sein ont retrouvé la santé, et certaines d'entre elles n'ont pas été malades après le traitement et ont eu une durée de vie normale et sont mortes d'une autre cause.

Mme Clancy: Vous avez dit la moitié environ?

Dr. Miller: La moitié environ.

Mme Clancy: Il s'agit donc d'un taux de guérison de 50 p. 100.

[Texte]

Dr. Miller: Yes.

Mrs. Clancy: Would you say that a recurrence is practically a death-knell?

Dr. Miller: Yes.

• 1055

Mrs. Clancy: So the survival rate in recurrence is—

Dr. Miller: Let me distinguish between the two different types of recurrence. Particularly now women are increasingly having breast conservation surgery, lumpectomies. A local recurrence in the breast is not an indicator of poor outcome. The recurrence I'm referring to is a metastasis somewhere else.

Mrs. Clancy: Bone or something like that.

Dr. Miller: Bone, brain, lung. At present, although it's possible to prolong life under these circumstances, the prolongation is really very short. But a distant metastasis is almost inevitably fatal.

Mrs. Clancy: Can I ask you again about the seven-year follow-up in your study? Whenever I get into numbers I get confused. I'm not by any means a mathematician.

Some people have suggested that this isn't a long enough follow-up. One of the things that occurred to me, just off the top of my head, is that if you're longer than seven years in the 40 to 49 age group, then you have effectively moved into the 50 to 59 age group. So you have a problem in that you have only a certain number of years that they stay in that particular category. Is that the reason for the seven-year follow-up?

Dr. Miller: The main reason we report it at seven years is that we had always indicated we would report at about this date. The original proposal was five, but we postponed it for two years. Every other study, with the exception of the study from Malmö, which is a much smaller study than our own, has found a benefit, however, in the older age group by seven years. So we felt it was important at least to make the distinction in our study in which we haven't found a benefit by seven years in women age 50 to 59. But as I keep emphasizing, we are comparing screening with screening. We actually don't know, if a benefit will eventually show up in either age group, how long we're going to have to follow to see this.

The question of what one has to do in a study like this is to try to identify the cancers that could have been influenced by the screening. And you're absolutely right, as we continue the follow-up, the women will age, and all those who are currently 40 will become 50 and so on.

Mrs. Clancy: We hope.

Dr. Miller: The cancers detected in their forties, or could have been detected earlier in their forties, are the cancers we're interested in. We're particularly interested in the cancers that were detected earlier in this study. We know

[Traduction]

Dr. Miller: En effet.

Mme Clancy: Diriez-vous qu'en cas de récurrence, la patiente est pratiquement condamnée?

Dr. Miller: Oui.

Mme Clancy: Le taux de survie en cas de récurrence est donc de...

Dr. Miller: Il faut faire la distinction entre deux types différents de récurrence. Actuellement, les femmes ont de plus en plus recours à des opérations chirurgicales visant à préserver le sein, c'est-à-dire à des tumorectomies. Une récurrence locale ne signifie pas qu'on a été mal soigné. La récurrence dont je parle est une métastase qui survient ailleurs.

Mme Clancy: Dans l'os par exemple.

Dr. Miller: Dans l'os, le cerveau ou le poumon. De nos jours, bien qu'il soit possible de prolonger la vie dans ces circonstances, cette prolongation est vraiment très courte. Mais une métastase éloignée est presque inévitablement mortelle.

Mme Clancy: Qu'en est-il du suivi de sept ans dont vous parlez dans votre étude? Chaque fois qu'on mentionne des chiffres, je suis perdue. Je ne suis pas très forte en mathématiques.

D'aucuns soutiennent que ce suivi n'est pas assez long. Soit dit en passant, je me suis rendu compte que si le suivi dure plus de sept ans pour les personnes âgées de 40 à 49 ans, on se retrouve dans la catégorie des 50 à 59 ans. Par conséquent, il y a un problème dans la mesure où la patiente ne reste dans une classe d'âge que pendant un certain nombre d'années. Est-ce pour cette raison que vous avez prévu le suivi de sept ans?

Dr. Miller: La raison principale en est que nous avons toujours prévu cette période. La première proposition était de cinq ans, et nous l'avons portée à sept. D'une étude à l'autre, à l'exception de celle de Malmö «qui est beaucoup moins importante que la nôtre, on a constaté que le groupe plus âgé disposait d'un avantage de sept ans. Par conséquent, dans notre étude, nous avons estimé qu'il était important au moins de signaler cette différence, car nous avons constaté que les femmes dont l'âge variait entre 50 et 59 ans bénéficiaient d'un avantage de sept ans. Une fois de plus, je tiens à souligner que nous comparons deux cas de dépistage. Nous ne savons pas s'il en découlera un avantage dans les deux classe d'âge, ni le temps qu'il faudra pour le constater.

Dans une étude comme celle-ci, nous essayons de voir quels sont les cancers susceptibles d'être modifiés à la suite du dépistage. D'ailleurs, vous avez absolument raison; à mesure que le suivi avance, les femmes prendront de l'âge et celles qui ont actuellement 40 ans auront 50 ans et ainsi de suite.

Mme Clancy: Nous espérons.

Dr. Miller: Les cancers dépistés chez les femmes dans la quarantaine, ou qui pourraient avoir été dépistés au début de la quarantaine, sont ceux qui nous intéressent. Nous accordons une attention particulière aux cancers qui ont été

[Text]

what they are. What we actually don't know is when there's going to be a catch-up in the controls, because we're still in this situation that we have many more women with diagnosed breast cancer in the groups given mammography compared to the control group. Once the numbers have equalized, if they ever do, we don't need to add any additional cancers.

But we can also do some different sorts of calculations, and we are about to start this over the next two or three years, to try to work out more precisely by how much time we have brought forward the time of diagnosis of breast cancer by the use of mammography and the physical examinations in the study. Other results suggest that it may be of the order of four to five years for some cancers. Once we've gone beyond that time period, then we know that any additional cancers that will occur in both groups could not have been influenced by our screening. So there is going to be a time limitation, not so much in terms of the follow-up but in terms of the cancers we add.

Ms Black: One of the questions I asked earlier was in terms of the recommendations of our committee report on breast self-examination. But another thing is I have to articulate some of my frustration.

Regarding the whole issue of diet and breast cancer, the study Mary referred to which didn't show any link in a high-fat diet or any particular type of fat, like dairy fat versus animal fat, didn't show that it had any increased risk for breast cancer for women, and yet there's another huge study going on in the United States right now in terms of looking at women's diet and breast cancer. And in all the months we've been having these inquiries, we don't hear anything about examination of environmental factors. Greenpeace recently put out a paper pointing towards organochlorines as a factor in breast cancer, showing that in various regions of the country, and indeed the world, where organic chlorides were at a higher rate, the incidence of breast cancer was also higher.

• 1100

You mentioned estrogen, but we've heard very little about the long-term effect of birth control pills on the rate of breast cancer in women. As women have been using birth control pills, the incidence of breast cancer has increased. My frustration is that so much of what women are told puts responsibility on women themselves, in terms of their diet, in terms of controlling their environment. Yet we don't damn well know the cause. All this responsibility is put on women to try to control their own health. I think North American society knows a that lower-fat diet and higher-fibre diet help prevent heart disease, for all kinds of health reasons.

In terms of the study you've just participated in, which is very expensive covering a long period of time, it doesn't seem to have told us anything new from anything I can gather from other studies we've had on mammography screening and

[Translation]

détectés au début de l'étude. Nous les connaissons. Par contre, nous ne savons pas s'il y aura du rattrapage au niveau des contrôles, car nous avons encore beaucoup plus de femmes chez qui on a diagnostiqué le cancer du sein dans les groupes ayant subi une mammographie que dans le groupe de contrôle. Une fois que les chiffres vont s'équilibrer, si jamais ils s'équilibrent, nous n'aurons pas besoin d'ajouter d'autres cancers.

Cependant, nous pouvons aussi faire d'autres calculs, et nous allons commencer au cours des deux ou trois prochaines années, à calculer de façon plus précise la réduction du temps de diagnostic du cancer du sein par l'utilisation de la mammographie et des examens physiques dans le cadre de l'étude. D'autres sources indiquent que ce temps est d'environ quatre à cinq ans pour certains cancers. Une fois que nous aurons dépassé cette période, nous saurons que tout autre cancer qui surviendra dans les deux groupes n'aurait pas pu être détecté dans notre dépistage. Il y aura donc une contrainte de temps, pas tellement pour le suivi, mais pour les cancers que nous ajouterons.

Mme Black: L'une des questions que j'ai déjà posées portait sur les recommandations figurant dans le rapport de notre comité sur l'auto-examen des seins. J'aimerais aussi exprimer ma frustration.

En ce qui concerne la question de l'alimentation et du cancer du sein, Mary a parlé d'une étude dont les auteurs ne voyaient pas de rapport entre une alimentation riche en graisses ou contenant n'importe quel type de graisse, que ce soit les graisses laitières ou les graisses animales, et l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes; et pourtant, il y a une autre étude importante en cours aux États-Unis sur le rapport entre l'alimentation des femmes et le cancer du sein. Depuis des mois, le comité étudie cette question, et personne ne parle des facteurs environnementaux. Dans un document publié récemment, Greenpeace a mentionné le rôle des organochlorés dans le cancer du sein et démontré que dans diverses régions du pays et même du monde où ces produits étaient plus abondants, l'incidence du cancer du sein était aussi plus élevée.

Vous avez parlé de l'oestrogène, mais c'est à peine si l'on a mentionné les effets à long terme de la pilule contraceptive, surtout en ce qui concerne le cancer du sein. Depuis que les femmes utilisent ces pilules, l'incidence de la maladie a augmenté. Je suis déçue que l'on impose tant de choses aux femmes, notamment en matière d'alimentation et d'environnement. Pourtant, nous ne connaissons pas la cause de la maladie. On laisse aux femmes toute la responsabilité de veiller à leur santé. En Amérique du Nord, tout le monde sait qu'une alimentation pauvre en matières grasses et riche en fibres contribue à prévenir les maladies cardiaques, pour toutes sortes de raisons.

Pour ce qui est de l'étude à laquelle vous venez de participer, qui est très coûteuse parce qu'elle dure très longtemps, elle ne semble pas nous apporter de nouvelles informations par rapport à d'autres études qui ont été

[Texte]

mammography as a diagnostic tool. Has the study led you to any other direction that you would like to examine now in terms of breast cancer, particularly in determining the causes of the disease?

Also, I've heard from a variety of people in the research field and the medical field that perhaps we're not really looking at one disease. We may be looking at two quite different diseases in terms of breast cancer in women under age 50—well, pre-menopausal and post-menopausal women.

Dr. Miller: I think there's no question that the behaviour of breast cancer in pre-menopausal women is different from what it is in post-menopausal women. That may be the main reason for the difference of effectiveness of screening. I think one of the things we've learned from the NBSS is that we do have to try to work out why there is this difference in effectiveness, and it's undoubted. This does involve further research. It needs thought and work-out. It may be the combination of treatment, or it may be something else.

One of the reasons we did this study was because of recognition, both in Canada and the U.S., of the need to do it. They didn't do anything like this in the U.S. I went to them for money. They didn't give me any money. They're grumbling about it, but I think they're also part of the problem and possibly the solution.

NBSS did contribute to dietary information. I've already said that we actually find in the NBSS participants a relationship with dietary fat. We could continue to follow up these women in terms of the dietary information we've collected. We also have learned a lot about the risk factors for breast cancer, and we're publishing on this. It isn't as prominent because, of course, the main questions, the ones we've just addressed—

Ms Black: Yes.

Dr. Miller: We are continuing to study the NBSS population itself. We're actually looking at the effect of estrogens now on heart disease risk. These are the sorts of things one can do in a well-documented group of women, because they all gave us information on a lot of things.

With respect to BSE, I do agree with your recommendation. It's one of my own. I think it was important to give BSE in this study. Although we haven't been able to measure its effect, we're trying to do so. I do think BSE is critical as some sort of baseline.

It is fascinating whether or not organochlorines may be important. I just requested and received from the Laboratory Centre for Disease Control a small contract. I and colleagues in my department are about to develop a protocol for a study of organochlorine-type residues in women with breast cancer and women with benign breast disease. We're hoping to work with a group in the United States which is also interested in this. It rises partly out of my own chairmanship of a committee on environmental epidemiology for the U.S. National Research Council.

[Traduction]

menées sur le dépistage par le biais de la mammographie et sur la mammographie comme outil de diagnostic. L'étude vous a-t-elle ouvert de nouveaux horizons sur le cancer du sein, et surtout sur les causes de la maladie?

De plus, divers chercheurs et médecins estiment qu'il ne s'agit peut-être pas d'une seule maladie, mais de deux maladies différentes, et que tout dépend si la patiente a moins de 50 ans—eh bien, si elle est ménopausée ou non.

Dr Miller: Il ne fait aucun doute que le cancer du sein se manifeste différemment avant et après la ménopause. C'est peut-être la raison principale qui justifie la différence d'efficacité au niveau du dépistage. L'une des leçons que nous avons tirées de l'étude nationale de dépistage est que nous devons essayer de déterminer l'origine de cette différence d'efficacité, qui ne fait aucun doute. Pour cela, d'autres études sont nécessaires. Il faut réfléchir et travailler davantage. Cela est peut-être dû à la combinaison du traitement ou à autre chose.

Nous avons mené cette étude parce que, au Canada et aux États-Unis, on en a reconnu la nécessité. Rien de semblable n'avait été fait auparavant aux États-Unis. Je leur ai demandé une subvention, mais ils ne m'en ont pas donné. Ils en parlent, mais je pense qu'ils font également partie du problème et peut-être de la solution.

Grâce à l'étude nationale, nous avons obtenu plus de renseignements sur l'alimentation. J'ai déjà dit que parmi les participantes, nous avons constaté qu'il y avait un rapport avec la consommation de matières grasses. Nous pouvons continuer à suivre ces femmes pour ajouter aux renseignements que nous avons recueillis. Nous avons également appris beaucoup de choses sur les facteurs de risque dans le cancer du sein et nous publions des articles à ce sujet. Cela ne fait pas beaucoup de bruit parce que, bien entendu, les principales questions, c'est-à-dire celles dont nous venons de parler. . .

Mme Black: Oui.

Dr Miller: Nous continuons à examiner les participantes à l'étude nationale. En effet, nous étudions maintenant l'influence des oestrogènes sur les risques de maladies cardiaques. C'est le genre d'étude que nous pouvons mener auprès d'un groupe de femmes sur lesquelles nous avons beaucoup de renseignements, car elles nous en ont beaucoup donné.

Pour ce qui est de l'auto-examen des seins, je partage entièrement votre avis. Je pense qu'il était important d'en parler dans l'étude. Même si nous n'avons pas pu en mesurer les effets, nous essayons de le faire. Je pense que l'auto-examen des seins est un élément fondamental.

La question relative à l'importance des organochlorés est fascinante. Je viens de demander et d'obtenir un petit contrat du Laboratoire de lutte contre la maladie. Dans mon département, mes collègues et moi sommes en train de mettre au point un protocole pour étudier les résidus apparentés aux organochlorés chez les femmes atteintes du cancer du sein et chez celles souffrant d'une maladie bénigne du sein. Nous espérons collaborer avec un groupe américain qui s'intéresse également à cette question, parce que je préside un comité sur l'épidémiologie environnementale pour le compte du U.S. National Research Council.

[Text]

I think we're going to be active in this. We, ourselves, are hoping to be active in this area. We're going to be in competition for funds for this. We're hoping to do a large case control study looking at this specific issue.

Ms Black: That's encouraging.

Dr. Miller: I think it's important we should address these issues, and we should essentially be aware of the different opportunities, that are arising. I personally believe diet is important. I understand the frustration of putting a lot onto women, but I think basically all of us do have to take some responsibility for our health, and diet, of course—

• 1105

Ms Black: But I'm saying we know that; and to keep hearing it and not hear about these other—

Mrs. Clancy: They're confusing messages.

Dr. Miller: Well, I hope it's of some comfort to know someone like myself, in my own role. . . I'm still very interested in this area, and we're hoping to develop a protocol. My colleagues and I are going to a meeting in Washington with researchers from all over the world at the beginning of December. We're going to present our draft protocol. Then we will see how things go.

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): Thank you very much, Dr. Miller. I do appreciate your coming today and giving us such an informed report. We all appreciate it very much.

Could I ask for a motion to include this as an addendum to our proceedings, with notes.

Ms Black: So moved.

Motion agreed to

The Acting Chairman (Mrs. Anderson): The meeting is adjourned.

[Translation]

Je pense que nous allons travailler dans ce domaine; du moins, nous l'espérons. Nous allons rechercher des fonds pour le faire. Nous espérons mener une étude de grande envergure sur le contrôle des cas dans ce domaine précis.

Mme Black: C'est encourageant.

Dr Miller: Je pense qu'il est important que nous étudions ces questions, et nous devons surtout prendre conscience des différentes possibilités qui surviennent. Personnellement, je crois que le régime alimentaire est important. Je comprends que les femmes soient déçues d'assumer tant de responsabilités, mais je pense qu'au fond, nous devons tous assumer une certaine responsabilité pour notre santé et notre alimentation, évidemment. . .

Mme Black: Nous le savons; mais on nous le répète sans cesse, en oubliant les autres. . .

Mme Clancy: Tout cela prête à confusion.

Dr Miller: Eh bien, j'espère que cela vous rassure de connaître quelqu'un comme moi, qui joue un rôle. . . je m'intéresse encore beaucoup à ce domaine, et nous espérons mettre au point un protocole. Au début de décembre, mes collègues et moi irons à Washington pour une réunion de chercheurs venant du monde entier. Nous y présenterons l'ébauche de notre protocole. Ensuite, on verra.

La présidente suppléante (Mme Anderson): Merci beaucoup, docteur Miller. Je vous remercie d'être venu et de nous avoir présenté un témoignage aussi enrichissant. Nous vous en sommes vraiment reconnaissants.

Quelqu'un peut-il proposer une motion pour que ce témoignage soit annexé au procès-verbal avec des notes?

Mme Black: Je la propose.

La motion est adoptée

La présidente suppléante (Mme Anderson): La séance est levée.

APPENDIX “FEMM-16”

**Presentation by
Dr. Anthony B. Miller
Director
National Breast Screening Study**

(a)
Cancer detection rates (including in situ lesions) per 1,000

Year	Age at allocation			
	(b) 40-49 MP	(c) UC	50-59 MP	(d) PO
1	3.89	2.46	7.20	3.45
2	1.74	-	3.74	1.95
3	1.99	-	2.48	1.28
4	2.38	-	3.14	0.89
5	1.84	-	2.84	1.64

Explanatory notes:

(a) in situ lesions are non-invasive

(b) MP = Mammography + Physical examination

(c) UC = Usual Care

(d) PO = Physical examination only

Interval cancer ^(a) rates per 1,000

Interval	Age at allocation			
	40-49		50-59	
	MP	UC	MP	PO
1	0.75	1.11	0.76	0.81
2	0.71	<u>1.51</u>	0.57	0.92
3	0.36	<u>1.68</u>	0.46	1.52
4	0.46	<u>1.84</u>	0.52	0.95
5	0.64	<u>1.57</u>	0.51	1.64

Underlined rates are for incident cancers in non-recall women.

Explanatory note:

- (a) Interval cancers are those detected within 12 months of the last screening

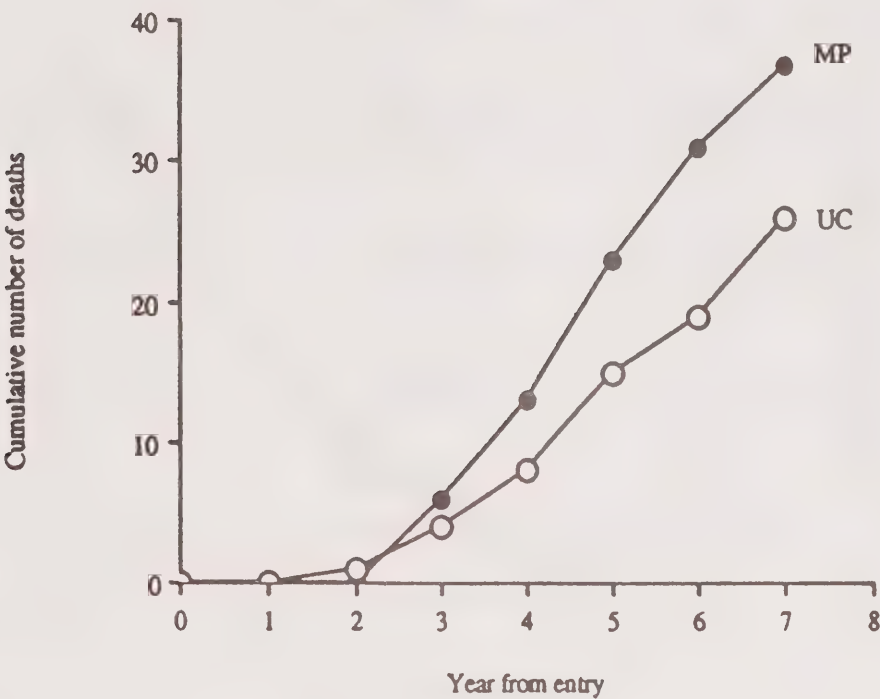
NBSS
DEATHS FROM BREAST CANCER

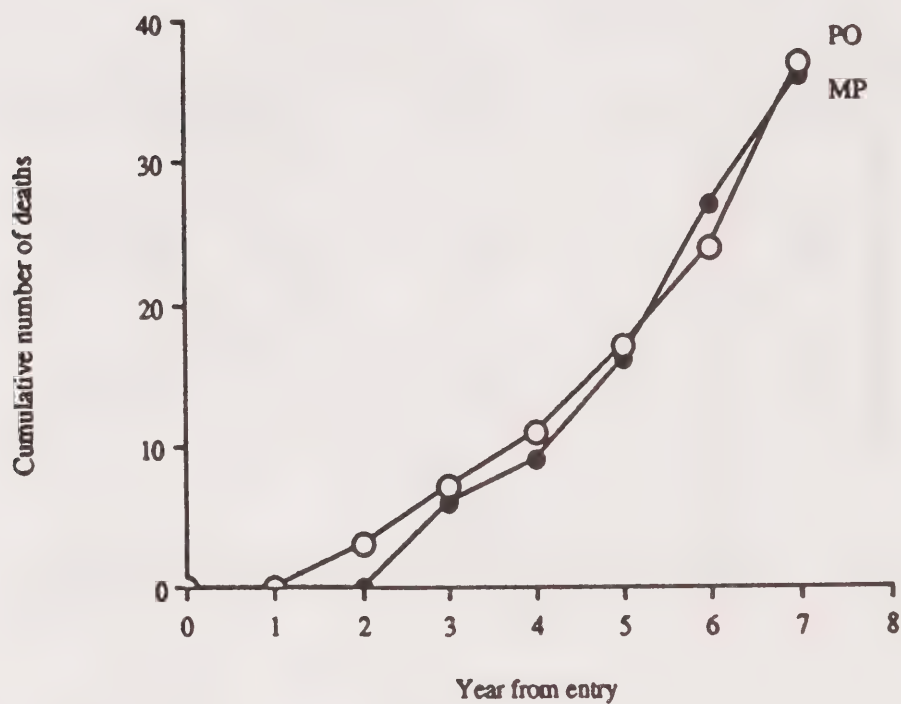
Age at entry	MP	UC/PO ^(a)
40-49	38	28
50-59	38	39

Explanatory note:

(a) UC/PO = Usual care/Physical examination only

Cumulative number of breast cancer deaths, women age 40-49



Cumulative number of breast cancer deaths, women age 50-59

5-YEAR SURVIVAL FROM BREAST CANCER

Women age 40-49

Study	MA*	Palpable ^(a)
NBSS	95%	89%
MASS. ^(b)	91%	72%

* Invasive cancers detected on mammography alone

Explanatory notes:

(a) Palpable = Detected by physical examination

(b) MASS refers to a study done in Massachusetts and published in The Lancet, Vol. 340, 1992, pp.991-4

EFFECT OF SCREENING IN WOMEN AGE 40-49

(45-54 in the Malmo study)

	Current ^(d)	FO Year ^(e)	Early ^(f)	FO Year
HIP ^(a)	-24%	18	-5%	5
Two-county ^(b)	-6%	10	+26%	7
Edinburgh ^(c)	+2%	7	+2%	7
Stockholm ^(b)	+7%	7	+7%	7
Malmö ^(b)	+29%	10	+75%	7
Combined	-5%		+12%	
NBSS			+36%	7

Explanatory notes:

(a) HIP was conducted in New York

(b) Swedish studies

(c) UK study

(d) Current = Current knowledge or most recent reporting data

(e) FO Year = Follow up year

(f) Early = Initial reported data from the study

Plus or minus signs indicate an increase or a reduction in breast cancer deaths.

The trials in this table are randomized trials.

EFFECT OF SCREENING IN WOMEN AGE 50-59

(55-64 in the Malmo study)

	Current ^(d)	FO Year ^(e)	Early ^(f)	FO Year
HIP ^(a)	-21 %	18	-54 %	5
Two-county ^(b)	-38 %	10	-39 %	7
Edinburgh ^(c)			-14 %	7
Stockholm ^(b)			-36 %	7
Malmö ^(b)	-21 %	10	+7 %	7
UK			-20 %	7
Combined	-30 %		-26 %	
NBSS			-3 %	7

Explanatory notes:

(a) HIP was conducted in New York

(b) Swedish studies

(c) UK study

(d) Current = Current knowledge or most recent reporting data

(e) FO Year = Follow up year

(f) Early = Initial reported data from the study

Plus or minus signs indicate an increase or a reduction in breast cancer deaths.

The trials in this table are randomized trials.

APPENDICE «FEMM-16»

(TRADUCTION)

**Exposé par le
D^r Anthony B. Miller
directeur
Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein**

Taux de dépistage du cancer (comprenant les lésions in situ^{a)}) pour 1 000 patientes

Année	Âge à l'inscription			
	40-49		50-59	
	ME ^{b)}	SH ^{c)}	ME	ES ^{d)}
1	3,89	2,46	7,20	3,45
2	1,74	—	3,74	1,95
3	1,99	—	2,48	1,28
4	2,38	—	3,14	0,89
5	1,84	—	2,84	1,64

Notes explicatives :

- a) Les lésions in situ ne sont pas envahissantes.
- b) ME = mammographie et examen
- c) SH = soins habituels
- d) ES = examen seulement

Taux de cancer par intervalle^{a)} pour 1 000 patientes

Intervalle	Âge à l'inscription			
	40-49		50-59	
	ME	SH	ME	ES
1	0,75	1,11	0,76	0,81
2	0,71	<u>1,51</u>	0,57	0,92
3	0,36	<u>1,68</u>	0,46	1,52
4	0,46	<u>1,84</u>	0,52	0,95
5	0,64	<u>1,57</u>	0,51	1,64

Les soulignement indique les cancers incidents chez les femmes non rappelées.

Note explicative :

- a) Les cancers par intervalle sont les cancers dépistés dans les 12 mois suivant le dernier dépistage.

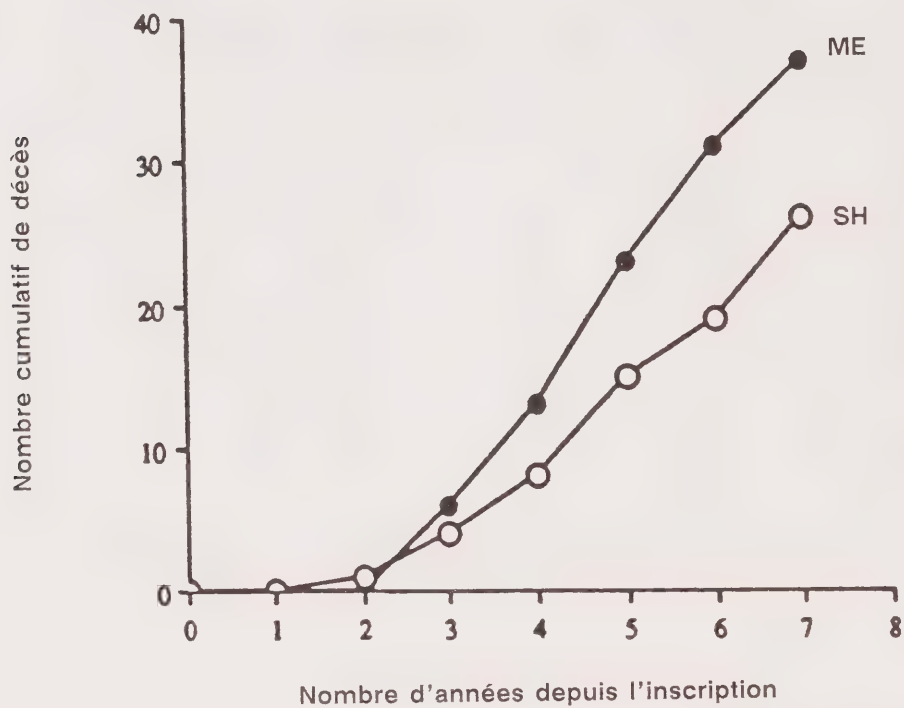
Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein (ENDCS)
Décès dûs au cancer du sein

Âge à l'inscription	ME	SH/ES ^{a)}
40-49	38	28
50-59	38	39

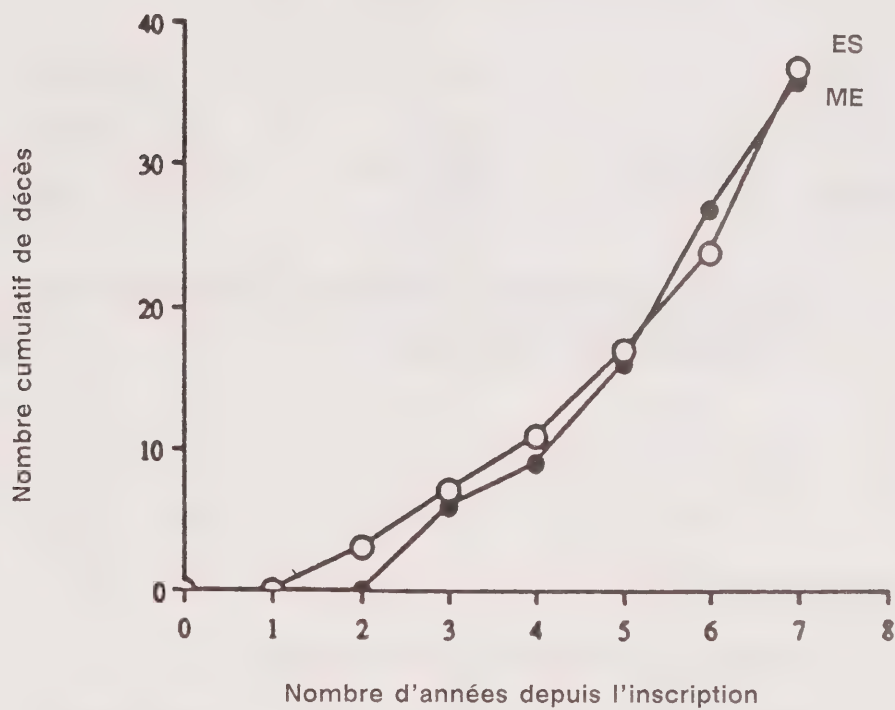
Note explicative :

a) SH/ES = soins habituels/examen seulement

Nombre cumulatif de décès dûs au cancer du sein, femmes de 40 à 49 ans



Nombre cumulé de décès dûs au cancer du sein, femmes de 50 à 59 ans



**Suivie de 5 ans après un diagnostic de cancer du sein
Femmes de 40 à 49 ans**

Étude	MS*	Palpable ^{a)}
ENDCS	95%	89%
Mass ^{b)}	91%	72%

* **Cancers envahissants dépistés au moyen de la mammographie seulement.**

Notes explicatives :

- a) Palpable = dépisté par examen physique
- b) Mass. = étude faite au Massachusetts et publiée dans The Lancet, vol. 340, 1992, p. 991-994.

EFFET DU DÉPISTAGE CHEZ LES FEMMES DE 40 À 49 ANS

(45 à 54 dans l'étude Malmö)

	Actuel ^{d)}	Année de suivi ^{e)}	Précoce ^{f)}	Année de suivi
HIP ^{a)}	-24%	18	-5%	5
Deux comtés ^{b)}	-6%	10	+26%	7
Édimbourg ^{c)}	+2%	7	+2%	7
Stockholm ^{b)}	+7%	7	+7%	7
Malmö ^{b)}	+29%	10	+75%	7
Combiné	-5%		+12%	
ENDCS			+36%	7

Notes explicatives :

- a) Menée à New York
- b) Études en Suède
- c) Étude en Grande-Bretagne
- d) Actuel = état actuel des connaissances ou dernières données disponibles
- e) Année de suivi
- f) Premières données de l'étude

Les signes + ou - indiquent une hausse ou une baisse des décès dûs au cancer du sein.

Les essais dans ce tableau sont des essais randomisés.

EFFET DU DÉPISTAGE CHEZ LES FEMMES DE 50 À 59 ANS

(55 à 64 dans l'étude Malmö)

	Actuel ^{d)}	Année de suivi ^{e)}	Précoce ^{f)}	Année de suivi
HIP ^{a)}	-21%	18	-54%	5
Deux comtés ^{b)}	-38%	10	+39%	7
Édimbourg ^{c)}			-14%	7
Stockholm ^{b)}			-36%	7
Malmö ^{b)}	-21%	10	+7%	7
Royaume-Uni			-20%	7
Combiné	-30%		-26%	
ENDCS			-3%	7

Notes explicatives :

- a) Menée à New York
- b) Études en Suède
- c) Étude en Grande-Bretagne
- d) Actuel = état actuel des connaissances ou dernières données disponibles
- e) Année de suivi
- f) Premières données de l'étude

Les signes + ou - indiquent une hausse ou une baisse des décès dûs au cancer du sein.

Les essais dans ce tableau sont des essais randomisés.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

K1A 0S9

Ottawa

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From the National Breast Screening Study:

Dr. Anthony B. Miller, Director.

TÉMOIN

De National Breast Screening Study:

D^r Anthony B. Miller, directeur

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 21

Wednesday, December 9, 1992

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 21

Le mercredi 9 décembre 1992

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), the results of the
National Breast Screening Study

CONCERNANT:

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, les
résultats de l'étude nationale sur le dépistage du sein

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Alan Redway—(5)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Alan Redway—(5)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, DECEMBER 9, 1992
(30)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 3:40 o'clock p.m. this day, in Room 306, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-Committee present: Dawn Black and Barbara Greene.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Therese Jennissen, Research Officer.

Witness: From the University of Manitoba: Dr. Richard Gordon, Professor of Radiology.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee resumed consideration of the results of the National Breast Screening Study (*See Minutes of Proceedings and Evidence, dated Tuesday, November 17, 1992, Issue No. 20*).

Dr. Gordon made a statement and answered questions.

It was agreed,—That the graph, "Cure Rate vs Breast Tumour Size" submitted by Dr. Gordon, be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence (*See Appendix "FEMM-17"*).

At 4:25 o'clock p.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 9 DÉCEMBRE 1992
(30)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 15 h 40, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présentes: Dawn Black et Barbara Greene.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Thérèse Jennissen, attachée de recherche.

Témoin: De l'Université du Manitoba: Dr. Richard Gordon, professeur de radiologie.

Conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2), le Sous-comité poursuit l'examen des conclusions de l'étude nationale sur le dépistage du cancer du sein (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 17 novembre 1992, fascicule n° 20*).

Le docteur Gordon fait un exposé et répond aux questions.

Il est convenu,—Que le tableau intitulé «Taux de guérison et grosseur de la tumeur au sein» présenté par le Dr Gordon figure en annexe aux Procès-verbaux et témoignages d'aujourd'hui (*voir Appendice «FEMM-17»*).

À 16 h 25, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Wednesday, December 9, 1992

• 1541

The Chair: We have a quorum. I believe Mrs. Anderson is on her way.

I'd like to introduce you, Dr. Gordon, to Dawn Black. We'll shortly have Edna Anderson with us. Unfortunately, Mary Clancy can't be here today, although we did consult with her office last Tuesday. At that time we were told this space was available. However, we've received a letter saying that she has a legislative committee now. The legislative committee's meeting date was established yesterday, so it's not our fault. Mary should have better contact with her office perhaps.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): We have these types of conflicts over and over again, don't we.

The Chair: Yes, it's difficult, but we don't all send letters to the clerk about it.

I'd like to welcome you here today, Dr. Gordon. I understand you have a rather different point of view, one we haven't heard before. I think it would be of great interest to members of the committee. Perhaps you could begin.

Dr. Richard Gordon (Professor of Radiology, University of Manitoba): Thanks for inviting me to come.

I've been working on breast cancer imaging since about... The first paper I published was in 1977. I have been working in what is now called digital mammography, and since 1985 with an emphasis on trying to do three-dimensional imaging of the breast at sufficiently high resolution to find small tumours.

By the way, Dr. Zhou is here with me. He's a former student of mine who did a PhD with me. He now works at Bell Northern Research Ltd. You might want to ask his point of view on some things.

I guess the thing on most people's minds right now is Dr. Tony Miller's report. I've had some discussions with him about it, and I think there's a simple interpretation of what happened and why the results came out the way they did. When I use the board, I'll show you what I think might be happening. It has to do with what physicians have called the natural history of breast cancer.

Basically, if we were to make a simple plot here, on this axis we'll put tumour size and on this axis we'll put the cure rate. We'll start this at, say, 100% here and 0% down here. Now, we don't know this curve so we can only speculate. The problem is, if we find a tumour, you want to get it out. You're not going to wait and see how it will progress in a woman. That would be unethical. We don't have any decent animal models that we could trust to be exactly the same as

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mercredi 9 décembre 1992

La présidence: La séance est ouverte. Je crois que M^{me} Anderson sera ici sous peu.

Docteur Gordon, je vous présente Dawn Black. Edna Anderson sera bientôt parmi nous. Malheureusement, Mary Clancy ne peut pas venir aujourd'hui, bien que son bureau mardi dernier nous ait fait savoir qu'elle serait libre aujourd'hui. Nous venons cependant de recevoir une lettre nous disant qu'elle participe à un comité législatif en ce moment. La date de la réunion de ce comité législatif a été décidée hier et ce n'est donc pas de notre faute. Les communications entre Mary et le personnel de son bureau mériteraient peut-être d'être améliorées.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Nous rencontrons constamment ce genre de conflit d'horaire, n'est-ce pas?

La présidence: En effet, la situation est difficile, mais nous n'écrivons pas toutes à la greffière à ce sujet.

Je vous souhaite la bienvenue ici aujourd'hui, docteur Gordon. Je crois savoir que votre point de vue est plutôt différent de tout ceux que nous avons entendus jusqu'ici. Je pense que ce sera très intéressant pour les membres du comité. Vous pourriez peut-être commencer.

Dr Richard Gordon (professeur de radiologie, Université du Manitoba): Je vous remercie de m'avoir invité.

Je travaille dans le domaine de l'imagerie du cancer du sein depuis... J'ai publié mon premier travail de recherche en ce sujet en 1977. Je m'occupe de la mammographie numérique, et depuis 1985, j'essaie surtout d'obtenir une imagerie du sein à trois dimensions et à une résolution suffisamment élevée pour détecter de petites tumeurs.

Je vous signale en passant que D^r Zhou m'accompagne. C'est un de mes anciens étudiants qui a fait ses études de doctorat sous ma surveillance. Il travaille maintenant chez Recherches Bell-Northern. Vous voudrez peut-être lui demander son opinion sur certains points.

Je suppose qu'à l'heure actuelle la plupart des gens sont préoccupés par le rapport du D^r Tony Miller. J'en ai parlé avec lui et je pense qu'il y a une interprétation toute simple au sujet de ce qui s'est produit et des résultats qu'il a obtenus. Lorsque j'utiliserai le tableau, je vous montrerai ce qui s'est probablement passé, selon moi. Je pense que tout s'explique par ce que les médecins ont appelé l'histoire naturelle du cancer du sein.

En fait, si nous traçons un simple diagramme ici, nous aurons sur cet axe la grosseur de la tumeur et sur l'autre axe, le taux de guérison. Nous commencerons à 100 p. 100 ici, jusqu'à 0 p. 100 à l'autre extrémité. En réalité, nous ne connaissons pas cette courbe et nous ne pouvons donc que spéculer. La difficulté réside dans le fait que, si nous décelons une tumeur, nous voulons l'exciser. On n'attendra pas de voir comment elle évoluera. Ce serait contraire à l'éthique.

[Texte]

in humans, so we can only guess at what a curve like this might look like.

But obviously, if you get the tumour when it's very small, you are probably going to have a 100% cure rate. I say "probably" because there's some question as to whether breast cancer is what's called multi-focal, starting in many different places at once. These are different models. Again, we don't really know the full nature. Let us presume it is 100%, if we could pull the tumour out when it is a couple of cells in size. The cure rate would fall off with tumour size, most likely in a precipitous fashion.

• 1545

These are educated guesses at this point, and are based on some experimental work of animal tumours, not necessarily breast tumours. Up to this point the tumour is restricted, probably inside the milk ducts. It is not yet what is called malignant. It has not spread in the breast or anywhere else in the body. But after this point the cells break through the milk duct and they become invasive. In this part we have two things happening—the tumour is invasive and it also undergoes metastasis. Metastasis simply means that cells leave the tumour, go through the body, and start tumours elsewhere. In fact, breast cancer never kills a woman. It is the tumours that go elsewhere, the ones that are inoperable, that do.

So this curve may have this shape and probably breaks into these two parts. Now, if we could catch the tumours when they are small enough, then we could probably have a nearly 100% cure rate. What is this size? Well, the size of the milk ducts is 1 mm to 2 mm, so the best educated guess is that this is in the range of 1 mm to 2 mm.

Now, if you look at standard mammography, most of the tumours detected in standard mammography are in the order of 1 cm. They are almost off the scale the way I have drawn it. In other words, they are about 10 mm. Sometimes they will get to 5 mm. On rare occasions they will get a 3 mm tumour. Almost never will they get a tumour this small.

So I think that is fundamentally what has happened. The study has been working with tumours that are already invasive and metastasizing. While you can find some tumours this way, and you can find more with perhaps magnetic resonance imaging or other techniques, as long as you are only finding large tumours, you are not likely to do the woman much good. I think that is the fundamental explanation of the study. The study dealt with standard mammography and it is imaging large tumours.

[Traduction]

Nous n'avons pas non plus de modèle animal qui soit exactement semblable au modèle humain, et nous ne pouvons, par conséquent, qu'estimer à quoi ressemblerait une telle courbe.

Il est cependant évident que si l'on excise la tumeur lorsqu'elle est très petite, on aura probablement un taux de guérison de 100 p. 100. Je dis «probablement», car le cancer du sein peut avoir plusieurs foyers, c'est-à-dire commencer à plusieurs endroits en même temps. Ce sont alors des modèles différents. Encore là, nous ne connaissons pas vraiment tout. Supposons que le taux soit de 100 p. 100, si nous pouvions exciser la tumeur lorsqu'elle ne contient que quelques cellules. Le taux de guérison diminuerait en fonction de la dimension de la tumeur, fort probablement d'une façon abrupte.

Ce sont là des suppositions éclairées, pour l'instant, qui sont fondées sur des travaux expérimentaux effectués sur des animaux, mais pas nécessairement des tumeurs du sein. Jusque-là, la tumeur est limitée, probablement à l'intérieur des conduits lactifères. Elle n'est pas encore une tumeur maligne qui s'est répandue dans le sein ou ailleurs dans le corps. À partir de ce point, cependant, les cellules parviennent à traverser les conduits lactifères et envahissent d'autres parties de l'organisme. À ce moment-là, deux choses se produisent: la tumeur envahit d'autres parties de l'organisme, et il y a également métastase. La métastase signifie simplement que des cellules quittent la tumeur et, après migration dans l'organisme, commencent à former des tumeurs ailleurs. En fait, le cancer du sein ne tue jamais une femme. Ce sont les tumeurs qui se disséminent ailleurs, c'est-à-dire celles qui sont inopérables, qui la tuent.

Par conséquent, la courbe peut avoir cette forme et, probablement, se diviser en deux parties. Si nous pouvions détecter les tumeurs lorsqu'elles sont assez petites, nous pourrions probablement avoir un taux de guérison de près de 100 p. 100. De quelle dimension s'agit-il? Eh bien, la dimension des conduits lactifères est de 1 mm à 2 mm, ce qui nous permet de supposer que la tumeur serait de cet ordre de grandeur.

Or, la plupart des tumeurs détectées par mammographie ordinaire sont de l'ordre de 1 cm. Une telle dimension est presque en dehors du graphique, tel que je l'ai tracé. Autrement dit, elles ont environ 10 mm. On détecte parfois des tumeurs de 5 mm et, rarement de 3 mm. On ne détectera cependant presque jamais de tumeur aussi petite que 1 ou 2 mm.

Je pense donc que c'est essentiellement ce qui s'est passé. L'étude portait sur des tumeurs déjà envahissantes et métastatiques. On peut détecter des tumeurs de cette façon et en découvrir d'autres au moyen de l'imagerie par résonance magnétique ou d'autres techniques, mais tant qu'on ne détectera que de grosses tumeurs, on n'aidera probablement pas beaucoup la femme. Je pense que c'est là la meilleure explication de l'étude. Cette dernière portait sur la mammographie ordinaire qui donne une imagerie des grosses tumeurs.

[Text]

I do not want to make fun of the problem, because we are dealing with one of the major epidemics in western society. The chart figures are one out of eight women, so this is about as big an epidemic as you can get. It is not a contagious epidemic, but nevertheless it would fall in the category of an epidemic disease.

I brought along one of my kid's books. You are probably all familiar with these *Where's Waldo?* books. It is difficult to make out what you are supposed to do with this if you are not familiar with it. You are to find the little figure of Waldo somewhere in this Waldogram. This is approximately what a mammogram looks like. This is what a mammographer is expected to do.

Yes, you can stare at this and you will eventually find Waldo in there. But there is a difference. This book has 24 pages. If we were to pretend that this was a slice of a breast and we are looking for a small tumour, one of these tiny figures in here, and this represented a single slice, we would need about a stack of 160 of these books to represent the full breast.

So imagine a stack of 160 of these without the covers. We just have the pages. We are looking for tumours in this kind of confusion, in a stack that is three-dimensional. Let's suppose we used an X-ray, opaque ink, to print these. Then we make a stack of 160 of these sheets and we X-ray the whole mess. I ask you, what is the chance of finding Waldo? It is very difficult. Yes, it takes a very trained eye to have any luck at all. That is why mammographers are so skilled at their jobs. But they still are handicapped by the very technique. They're mainly looking through a stack of incredibly fine detail for very small things. It's sheer luck if they find them. That's one reason mammography as it's practised fails.

• 1550

[Translation]

Je ne cherche pas à tourner le problème en ridicule, car il s'agit de l'une des grandes épidémies qui affligent la société occidentale. Les statistiques révèlent que la maladie touche une femme sur huit, de sorte que c'est l'une des plus grandes épidémies qu'on connaisse. Elle n'est pas contagieuse, mais il n'en reste pas moins que ce cancer entre dans la catégorie des maladies épidémiques.

J'ai apporté un livre qui appartient à mon enfant. Vous connaissez probablement tous ces livres intitulés *Où est Charlie?*. Il est difficile de savoir ce qu'on est censé faire avec ce livre si on ne le connaît pas. Il faut trouver le petit Waldo dans toute cette page de petits bonshommes. C'est à cela que ressemble à peu près un cliché mammaire et c'est ce qu'un spécialiste de la mammographie est censé faire.

Il est vrai qu'en regardant fixement ces pages vous trouverez éventuellement Charlie. Mais il y a une différence. Ce livre contient 24 pages. Si nous supposons que cela représente une lamelle de tissu mammaire et que nous cherchions une petite tumeur, l'un de ces petits bonshommes, et que ce livre ne corresponde qu'à une seule lamelle, nous aurions besoin d'une pile d'environ 160 de ces livres pour représenter le sein entier.

Imaginez donc une pile de 160 de ces livres, sans les pages couvertures, mais seulement les pages du livre. Il nous faudrait chercher des tumeurs dans ce genre de fouillis, dans une pile à trois dimensions. Supposons que nous fassions une radiographie à l'encre opaque, pour imprimer ces pages. Nous préparerions une pile de 160 de ces pages et nous radiographierions tout ce fouillis. Je vous le demande, quelle est la probabilité de trouver Charlie? C'est très difficile. En effet, il faut un oeil de spécialiste pour avoir une chance de réussir. C'est pourquoi les spécialistes de la mammographie sont tellement habiles. Mais la technique même les désavantage encore. Ils cherchent de très petites choses parmi une foule de détails incroyablement minuscules. C'est par pure chance qu'ils les trouvent. C'est l'une des raisons pour lesquelles la mammographie, telle qu'on la pratique, n'est pas un succès.

Pass this around. Try to find Waldo yourself.

Ms Black: We've gone through this exercise before.

Dr. Gordon: Standard mammography is like a Waldogram. That's basically what we're faced with.

A report came out, the syllabus from the Radiological Society of North America, entitled *A Categorical Course in Physics: Technical Aspects of Breast Imaging*. This is from a course. I attended many of the sessions last week in Chicago. This course, I think, represents the establishment's view of the state of the art in breast imaging. It includes an interesting article on mammographic imaging of the breast, and I think it was done with a volume element of tissue in the breast that was seven-tenths of a millimeter by seven-tenths of a millimeter—I think it was 1.4 cm in thickness. I'll have to check that to confirm it. In any case, it was not terribly high resolution.

Passez-vous le livre. Essayez de trouver Charlie vous-mêmes.

Mme Black: Nous avons déjà fait cela.

Dr Gordon: Une mammographie ordinaire est comme un livre de Charlie. Voilà essentiellement le problème qui se pose à nous.

On a distribué récemment le plan d'un cours de la Radiological Society of North America, intitulé *Categorical Course in Physics: Technical Aspects of Breast Imaging*. J'ai assisté à plusieurs parties de ce cours la semaine dernière à Chicago. Il représente, je pense, ce que la profession considère comme le dernier cri de la technique d'imagerie du sein. Il contient un article intéressant sur l'imagerie mammographique du sein et je pense qu'on a utilisé une parcelle de tissu mammaire ayant sept dixièmes de millimètre sur sept dixièmes de millimètre—et une épaisseur de 1,4 centimètre, je pense. Je devrais vérifier pour le confirmer. Quoi qu'il en soit, il ne s'agissait pas d'une résolution tellement élevée.

[Texte]

They seem to be able to find more tumours than mammograms. They did a control where they did mammograms of the same breast with magnetic resonance images, then checked the pathology in addition to this. They found more tumours, not small ones, but they found more tumours than mammography. They came to a very strange conclusion—that if you have a negative result on a mammogram then you should use magnetic resonance imaging.

If you think of that in terms of screening, since you expect a negative result most of the time because you're screening, it means most women should therefore have magnetic resonance imaging in their opinion. So it seems to me they've sort of got it backwards, maybe out of courtesy to the mammographers. I'm not sure. If they are correct about the ability of magnetic resonance to detect more tumours than X-ray mammography, perhaps magnetic resonance would be the method of choice.

There's a problem with the magnetic resonance. The way it's usually done is to put what's called a breast coil on the woman's breast and put her in a whole body scanner. The problem is that we'd like to get a fine enough resolution to see these small tumours, and if you do magnetic resonance that way, you can't really get that resolution.

I think we need some specially designed magnetic resonance machines that have what is called a small bore. You can't get your whole body in but you can get a woman's breast into it. You could then use perhaps a stronger magnetic field, though there are unanswered questions about the safety of the highest magnetic fields. With a stronger magnetic field you can get a stronger gradient in the magnetic field, which means you can do higher resolution imaging.

So there are some prospects for magnetic resonance possibly being an answer to this problem. Magnetic resonance as currently practised will probably find more large tumours but because they are large, it will probably not lead to a higher cure rate. So basically I think we need mostly research at this point on getting images of breast tumours while they're still small. I think this is the fundamental thing we've been missing for many years.

There've only been a couple of groups addressing that question. They have not been well funded. There are at least two groups in this country who are poorly funded and have been pretty well ignored in terms of funding for that kind of research. We need money to find methods of trying to image those tumours safely. If we use X-rays, we have to try to stay under an acceptable dose. If we use magnetic resonance, we have to try to be sure that the magnetic fields are safe.

[Traduction]

Il semble qu'on ait pu trouver plus de tumeurs qu'au moyen de mammogrammes. On a fait une mammographie du même sein avec des images par résonance magnétique, suivies, en outre, d'examen pathologiques. On a trouvé plus de tumeurs, et pas des moindres, qu'au moyen de la mammographie. On est alors arrivé à une conclusion très étrange, à savoir que si le mammogramme est négatif, on devrait recourir à l'imagerie par résonance magnétique.

S'il s'agit de mesures de dépistage, et étant donné qu'on s'attend à un résultat négatif dans la plupart des cas, cela signifie que la plupart des femmes devraient se soumettre à l'imagerie par résonance magnétique, selon ces spécialistes. Il me semble qu'ils font les choses à rebours, peut-être par courtoisie pour les spécialistes de la mammographie. Je n'en suis pas certain. S'ils ont raison de dire que l'imagerie par résonance magnétique permet de détecter plus de tumeurs que la mammographie ordinaire, on devrait peut-être privilégier cette autre méthode.

Elle présente cependant une difficulté. On fixe habituellement un solénoïde sur le sein de la patiente et on la fait entrer dans un scanner corps entier. La difficulté vient du fait que nous aimerions avoir une résolution assez précise pour voir ces petites tumeurs, et si l'on procède de cette façon, on ne peut pas vraiment obtenir une telle résolution.

Je pense qu'il nous faut des machines à résonance magnétique spécialement conçues, c'est-à-dire avec ce qu'on appelle un petit calibre. On ne peut pas y faire entrer le corps entier, mais seulement le sein. On pourrait peut-être alors utiliser un champ magnétique plus fort, bien qu'il y ait des doutes quant à la sécurité de tel champs. Ils permettent cependant d'obtenir un gradient plus important, ce qui signifie qu'on peut effectuer une imagerie à plus haute résolution.

Il est donc possible que la résonance magnétique puisse être une solution à ce problème. Tel qu'on l'utilise actuellement, elle permet probablement de détecter un plus grand nombre de grosses tumeurs, mais justement parce qu'elles sont grosses, cela n'élèvera probablement pas le taux de guérison. Je pense donc qu'il faut aujourd'hui nous concentrer sur les moyens d'obtenir des images de tumeurs du sein lorsqu'elles sont encore petites. Je pense que c'est l'élément essentiel que nous avons négligé pendant des années.

Seuls quelques groupes se sont intéressés à la question. Ils n'ont pas reçu assez d'aide financière. Il y a au moins deux groupes au Canada qui font ce genre de recherches et qui sont mal financés, car on les a pratiquement ignorés sur ce plan. Nous avons besoin d'argent pour trouver des méthodes permettant d'obtenir des images de ces tumeurs en toute sécurité. Si nous utilisons les rayons X, nous devons essayer de rester en deçà d'une dose acceptable. Si nous employons la résonance magnétique, nous devons essayer de nous assurer que les champs magnétiques ne présentent pas de danger.

[Text]

• 1555

That money has to be channelled to researchers in new ways. In the document I've handed out I've indicated some of the problems with the way money is distributed for cancer research. It simply does not become available for this kind of work with current funding channels.

In terms of research, I would make four suggestions. One will aggravate a number of my colleagues, but basically I think we have to stop funding two-dimensional mammography, which is like looking through a stack of Waldo images. I'm talking about research here. I'm not talking about the diagnosis of breast cancer. If there are indications that a woman has breast cancer, then by all means, mammography right now is the method of choice to try to figure out what's she's got. It's available, it does find some tumours and if she's symptomatic in any way it's likely to be large enough to detect by mammography.

Ms Black: When you say stop funding 2-D mammography, is the current—

Dr. Gordon: It's 2-D mammographic research.

Ms Black: That's what's being done right now.

Dr. Gordon: I'm going to a conference in February in San Jose on digital mammography. Every single paper except mine is on 2-D mammography. Basically, you take a standard image mammogram and you try to get a computer to find things that a mammographer can't see. I'd suggest that we're not clever enough to figure out how to tell computers to be smarter than mammographers, so I doubt much of that research will have much impact.

What we need is three-dimensional imaging, which lifts those layers away if you want a layer at a time or you want to make three-dimensional images. Then you can at least have a chance of finding Waldo. If you're dealing with the single two-dimensional page you've got a chance of scanning it to find the tumour. All you're dealing with then is one thin image slice through the breast and you can hunt around in that. The tumour is not obscured by things above or below it. That's what's wrong with the mammogram; 3-D imaging very simply lifts away obscuring structures.

There are three ways that give indications of being possibly successful in doing this. I mentioned the magnetic resonance imaging. What we need here is high-resolution imaging. This is obtained by going to smaller machines, more powerful magnets and by keeping a woman in the machine for a longer period of time. That generates a problem both with discomfort and with the possibility of movement, which would then blur the image. So there are limits on all of these things. We're far from optimizing these for mammography.

[Translation]

Cet argent doit être acheminé vers les chercheurs par de nouvelles voies. Dans le document que je vous ai distribué, j'ai indiqué certains des problèmes touchant la répartition de l'argent destiné à la recherche sur le cancer. Cet argent n'est tout simplement pas disponible pour ce genre de travaux, en raison des moyens de financement actuels.

En ce qui concerne la recherche, j'ai quatre suggestions à faire. La première ne plaira pas à certains de mes collègues, mais je pense essentiellement que nous devons cesser de financer la mammographie à bidimensionnelle, car elle équivaut à chercher Charlie dans toute une pile d'images. Je parle de recherche et non de diagnostic du cancer du sein. Si certains signes portent à croire qu'une femme atteinte du cancer du sein, il est certain qu'à l'heure actuelle la mammographie est la méthode privilégiée pour essayer de savoir ce qu'elle a. Cette méthode est accessible, elle permet de détecter certaines tumeurs et si la femme présente déjà des symptômes, il est fort probable que la tumeur est assez grosse pour être détectée par mammographie.

Mme Black: Quand vous parlez de mettre fin au financement de la mammographie à bidimensionnelle, est-ce le financement actuel...

Dr Gordon: Je veux parler de la recherche sur la mammographie à bidimensionnelle.

Mme Black: C'est ce qui se fait actuellement.

Dr Gordon: En février, je vais assister à une conférence sur la mammographie numérique à San Jose. Toutes les communications soumises, à l'exception de la mienne, portent sur ce genre de mammographie. Il s'agit essentiellement de prendre un mammogramme ordinaire et d'essayer de trouver, par ordinateur, des choses qu'un spécialiste de la mammographie ne peut pas voir. J'estime que nous ne sommes pas assez habiles pour savoir comment dire à un ordinateur d'être plus intelligent qu'un spécialiste de la mammographie, c'est pourquoi je doute qu'une bonne partie de ces recherches aient beaucoup d'effets.

Nous avons besoin de l'imagerie à tridimensionnelle qui permet de soulever des couches de tissu, si l'on veut examiner une couche à la fois, ou prendre des images à trois dimensions. On peut alors avoir au moins une chance de trouver Charlie. Lorsqu'on a une seule page bidimensionnelle, on a la possibilité de la scruter pour trouver la tumeur. On n'a alors qu'une image d'une seule mince couche du sein et l'on peut se mettre à y chercher quelque chose. La tumeur n'est pas obscurcie par les tissus situés au-dessus ou au-dessous. C'est ce qui ne va pas dans la mammographie; l'imagerie à tridimensionnelle permet simplement d'ôter graduellement les structures qui risquent de cacher la tumeur.

Il y a trois moyens qui montrent que cela peut réussir. J'ai mentionné l'imagerie par résonance magnétique. Il nous faut ici une plus haute résolution qu'on obtient en utilisant de plus petits appareils, des aimants plus puissants et en gardant plus longtemps la patiente dans la machine. Il y a alors deux problèmes possibles: l'inconfort et la possibilité que la femme bouge, ce qui brouillerait l'image. Toute cette procédure comporte donc des limites. Nous sommes encore loin d'avoir optimisé ces éléments dans la mammographie.

[Texte]

We have a superb federal institute, the Institute for Biodiagnostics, which is probably the leading research agency in the world on magnetic resonance imaging. I'm not part of this institute, but I would highly recommend that a unit be added to that federal institute that is devoted to breast imaging. I think that would be an excellent place to put some money.

They will have the skill and the capability of doing this, but it's not part of their mandate right now. I mentioned to the director that I was going to make this recommendation unless he violently objected. He had absolutely no objection. This does not initiate from him.

• 1600

The second method Dr. Zhou and I have been working on is three-dimensional computed tonographic mammography. This is typically X-ray based. It has whatever danger is associated with X-rays in inducing cancer, so it has to be done under limitation of an acceptable dose, especially for screening when you are dealing with asymptomatic women. You don't want to cause more tumours than you find. That was the original problem Dr. Baylor found with the HIP study. They were probably causing as many tumours as they were finding.

We have an X-ray limitation here but there is a lot of room for research in this. I mentioned some of the techniques. There is even the possibility of X-ray lasers improving the ability to do this kind of imaging tremendously.

This is basically trying to go to very high-resolution computed tonography of the type you are familiar with in the CAT-scanners, but with much smaller detectors with machines designed specifically for the breast and machines that can produce an image that is very high resolution. Whether it will work or not, we don't know yet. That will require research and it can be done on mastectomy samples so nobody need be harmed by it.

The third possibility coming up which is not yet available is three-dimensional ultrasound. This is being developed right now at least in the form of intravaginal probes for obstetrics cases and for looking for ovarian cancer. I have spoken with people at the Elscint Ltd., which is working on this. They claim when it is ready they will get one-tenth of a millimetre spacial resolution out of this and they hope it might also be able to detect breast cancer.

This is another area which should be developing in the next couple of years. It needs a lot of research support in order to see what we can do with it and whether we can get imaging at these resolutions.

So these are the areas that I think require funding. If you take something like the National Cancer Institute's list of funded grants you will find very little imaging being funded. Unfortunately, there is not a source of money for this. I

[Traduction]

Nous avons un institut fédéral superbe, l'Institut du biodiagnostic du Conseil national de recherches, qui est probablement le principal organisme de recherche dans le monde en matière d'imagerie par résonance magnétique. Je ne travaille pas dans cet institut, mais je recommanderais fortement qu'on y ajoute une unité spécialisée dans l'imagerie du sein. Je pense que ce serait un excellent endroit où investir des fonds.

Cet institut a les compétences voulues et la capacité de faire ces recherches, mais cela ne fait pas partie de son mandat à l'heure actuelle. J'ai dit au directeur de l'Institut que j'allais faire cette recommandation à moins qu'il ne s'y oppose énergiquement, ce qu'il n'a absolument pas fait. Cette recommandation ne vient pas de lui.

La deuxième méthode sur laquelle D^r Zhou et moi avons travaillé est la mammographie tomographique à tridimensionnelle assistée par ordinateur. Cette méthode utilise les rayons-X. Elle présente le danger qu'on attribue aux rayons-X et; il faut donc se limiter à une dose de rayonnement acceptable, surtout lorsqu'il s'agit de dépistage chez des femmes asymptomatiques. On ne veut pas provoquer plus de tumeurs qu'on en trouve. C'était le premier problème que le Dr. Baylor a trouvé dans l'étude HIP. La méthode employée causait probablement autant de tumeurs qu'elle n'en détectait.

Nous sommes donc limités par l'utilisation des rayons-X, mais il y a encore beaucoup de recherches à faire dans ce domaine. J'ai mentionné quelques unes des techniques. Il est même possible que les rayons laser améliorent considérablement ce genre d'imagerie.

Il s'agit essentiellement d'obtenir une tomographie à très haute résolution assistée par ordinateur comme on le fait avec les tomodensitomètres que vous connaissez bien, mais en se servant de détecteurs beaucoup plus petits dans des machines spécialement conçues pour le sein, des appareils qui peuvent produire une image à très haute résolution. Nous ne savons pas encore si cela fonctionnera ou non. Il faudra effectuer des recherches et à cette fin, on peut utiliser des tissus provenant de mastectomies, de sorte que personne ne risque d'en souffrir.

La troisième possibilité n'existe pas encore; c'est l'ultrason à trois dimensions. On est en train de mettre cette méthode au point, du moins pour des sondes intravaginales destinées à des cas d'obstétrique et au diagnostic du cancer ovariens. J'ai parlé à des gens qui travaillent à ces recherches à la société Elscint. Ils soutiennent que lorsque cette méthode sera au point, elle permettra d'obtenir une résolution spatiale d'un dixième de millimètre et également, espère-t-on, de détecter le cancer du sein.

Voilà encore un domaine qui devrait évoluer au cours des prochaines années. Il faut encore effectuer beaucoup de recherches pour voir ce que nous pouvons en tirer et si nous pourrions obtenir des images avec de telles résolutions.

Ce sont donc des domaines qu'il faut financer, à mon avis. Si vous examinez la liste des subventions accordées par des organismes comme l'Institut national du cancer, vous verrez qu'on accorde très peu de fonds à l'imagerie.

[Text]

think it's simply because the experience of the people involved in that agency does not include much in the way of diagnostic imaging. Also they are fundamentally after prevention and cure by chemical methods rather than by finding the cancer early and cutting it out. To them that would probably seem like a stopgap measure.

Some day they may succeed and we may not need any of these methods. That would be great, but in the meantime many women will die because we don't have these methods.

Ms Black: Dr. Gordon, that's quite a technical presentation you have given us. I'm not clear whether you support the findings of the national breast screening survey Dr. Miller reported on to us a week and a half ago. It wasn't clear to me whether you endorsed the recommendations in that report vis-à-vis women under age 50 and women over age 50. There were two different recommendations.

Dr. Gordon: As I mentioned, I was in Chicago for this meeting. Unfortunately, on the day Dr. Miller's results were discussed at the RS and A meeting he was lecturing in Winnipeg. I wish he had been there to defend himself, but it seemed the majority of the people there were vituperatively against that report and were out to slice it apart as well as they could.

Ms Black: Was this the convention of radiologists?

Dr. Gordon: Yes. There were 65,000 radiologists and people in related disciplines.

Ms Black: So that is not really too surprising.

Dr. Gordon: No, I don't think that's a correct assessment. I think two people spoke very vehemently against his report. You can get a copy of what they said on tape if you want. Nobody got up to defend Dr. Miller.

• 1605

I was a little upset because I hadn't heard this type of what struck me as being completely non-objective criticism, which seemed to be completely personalized. For instance, they kept referring to it as "the Miller study", trying to distinguish it from a Canadian study, blaming it on Dr. Miller personally. On the one hand, they implied that Canadian mammographers were incompetent, and on the other hand that it was all Dr. Miller's fault that the study came out the way it did.

Ms Black: Doesn't his study support five others who have said basically the same thing?

Dr. Gordon: I'm not an epidemiologist or statistician. This is a battle those people will wage, and wage probably for years.

Ms Black: The thing is, women seem to be lying on the battlefield while these different medical experts war over the appropriate funding.

[Translation]

Malheureusement, on ne dispose pas d'une source de financement à ce titre. Je pense que c'est simplement parce que les membres de cet organisme n'ont vraiment pas beaucoup d'expérience dans l'imagerie diagnostique. En outre, ils se préoccupent principalement de la prévention et de la guérison par des méthodes chimiques plutôt que par le dépistage rapide du cancer et l'excision des tumeurs. Ils y verraient probablement une sorte de pis-aller.

Ils réussiront peut-être un jour et nous n'aurons alors pas besoin de ces méthodes. Ce serait merveilleux, mais entre-temps, de nombreuses femmes mourront, parce que nous ne disposons pas des méthodes en question.

Mme Black: Docteur Gordon, c'est un exposé très technique que vous nous avez fait. Je n'ai pas très bien compris si vous êtes d'accord sur les conclusions de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein dont le D^r Miller nous a fait rapport il y a une semaine et demie. Je ne sais pas très bien si vous appuyez les recommandations de ce rapport en ce qui concerne les femmes de moins de 50 ans et les femmes de plus de 50 ans. Il y avait deux recommandations différentes.

Dr Gordon: Comme je l'ai dit, je me trouvais à une réunion à Chicago. Malheureusement, le jour où nous avons discuté des conclusions du D^r Miller à la réunion de la RSNA, celui-ci donnait une conférence à Winnipeg. J'aurais souhaité qu'il soit là pour se défendre, car il semblait que la majorité des présents étaient extrêmement hostiles à ce rapport et disposés à le mettre en pièces.

Mme Black: S'agit-il du congrès des radiologistes?

Dr Gordon: En effet. Il y avait 65 000 radiologistes et spécialistes d'autres disciplines connexes.

Mme Black: Ce n'est donc pas vraiment très surprenant.

Dr Gordon: Non, je ne pense pas que vous ayez tout à fait raison. Je crois que deux personnes ont parlé de façon très véhémente contre son rapport. Vous pouvez obtenir l'enregistrement de leurs propos, si vous voulez. Personne ne s'est porté à la défense du D^r Miller.

J'étais quelque peu fâché, car je n'avais jamais entendu ce genre de critique qui je n'ai pas trouvée du tout objective et qui semblait viser personnellement l'auteur de l'étude. Ainsi, les intervenants parlaient constamment de «L'étude Miller», comme si ce n'était pas une étude canadienne, en blâmant le D^r Miller personnellement. D'une part, ils insinuaient que les spécialistes canadiens de la mammographie étaient incompetents et, d'autre part, blâmaient uniquement le D^r Miller pour les résultats de l'étude.

Mme Black: Les résultats de son étude ne confirment-ils pas ceux de cinq autres qui disaient à peu près la même chose?

Dr Gordon: Je ne suis pas épidémiologiste ni statisticien. C'est une lutte que ces gens continueront probablement de se faire pendant des années.

Mme Black: Le problème est que les femmes semblent être les victimes de cette lutte, pendant que ces divers experts médicaux se battent pour obtenir les crédits dont ils ont besoin.

[Texte]

Dr. Gordon: Look, it's a multi-billion-dollar industry. Yes, it's over the bodies of women. If you go to that meeting you're going to find it's 90% men. I think one of the major things we have to do is get women involved in research on women's diseases. One of the problems is that there are almost no women radiologists involved in research. That's partly the general problem. There are no men radiologists, or very few, involved in research either. It's part of the way radiology is structured.

Ms Black: Since the MBSS report, a report has come out of British Columbia. Dr. Linda Warren made recommendations that were different to the ones that came out of the MBSS. As a layperson and as a woman, you're listening to different people in the medical field from the same discipline, radiology, who give two totally different sets of advice on mammography. It gets very difficult to try to work your way through it all.

Dr. Gordon: You can't because they can't.

Ms Black: Right.

Dr. Gordon: You have to ask what's missing. I'm suggesting that what's missing is that while we're doing all these studies, we have neglected to do research on how to find the tumours at a stage early enough to do a woman any good.

Ms Black: I haven't all of my notes from all of the witnesses who have appeared at this committee, but I remember there were other experts—I think epidemiologists—who said that the tumour size was not necessarily an indication of the long-term success of—

Dr. Gordon: You're right, you're right. That's why I do the curve this way. Once the tumour is beyond a certain size, it doesn't matter if it grows or not. You're going to die. That's why I drew the curve essentially flat after that. The problem is that none of them find the tumours at the size where it would help.

Ms Black: So your recommendation is that we get into other kinds of imaging—

Dr. Gordon: Yes, but every single imaging method I'm talking about is at a research stage, and therefore our problem is to fund research.

Ms Black: I think there are a lot of people who have made representation here and in other groups across the country that are forming around the issues around breast cancer, who would say that we should be putting funding into finding what causes breast cancer.

Dr. Gordon: We do that. That's all we do—perhaps not enough.

Ms Black: That's not the indication we had from the researchers who appeared at this committee. For instance, the MBSS was the largest outlay of money that was funded by government and by the NCI ever that was reported to us

[Traduction]

Dr Gordon: Écoutez, c'est une industrie qui vaut plusieurs milliards de dollars. En effet, cette lutte se fait aux dépens des femmes. Si vous assistez à cette assemblée, vous constaterez qu'elle se compose à 90 p. 100 d'hommes. Je pense que l'une des principales choses à faire c'est d'amener les femmes à s'occuper de recherche sur les maladies qui leur sont propres. L'une des difficultés provient du fait qu'il n'y a presque pas de femmes radiologistes qui font de la recherche. C'est une partie du problème, car il n'y a pas non plus tellement d'hommes radiologistes qui font de la recherche. Cela est en partie dû à la façon dont le domaine de la radiologie est structuré.

Mme Black: Depuis la parution de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, un autre rapport a été publié en Colombie-Britannique. Le Dr Linda Warren a formulé des recommandations différentes de celles de l'Étude nationale. Il est très difficile pour une femme profane de se retrouver dans tout cela alors que différents spécialistes d'une même discipline médicale, la radiologie, donnent deux séries de conseils totalement différents au sujet de la mammographie.

Dr Gordon: Vous ne pouvez pas vous y retrouver parce qu'ils ne s'y retrouvent pas eux-mêmes.

Mme Black: En effet.

Dr Gordon: Vous devez vous demander ce qui manque. Selon moi, pendant que nous effectuons toutes ces études, nous avons négligé de chercher les moyens de détecter les tumeurs assez tôt pour pouvoir aider les femmes.

Mme Black: Je n'ai pas sous les yeux toutes mes notes sur tous les témoignages que nous avons entendus au comité, mais je me souviens que d'autres spécialistes—je pense qu'il s'agissait d'épidémiologistes—ont dit que la grosseur de la tumeur n'était pas nécessairement un indice du succès à long terme de...

Dr Gordon: Vous avez tout à fait raison. C'est pourquoi j'ai tracé la courbe comme je l'ai fait. Une fois que la tumeur a dépassé une certaine grosseur, peu importe qu'elle augmente encore ou non. La patiente va mourir. C'est pourquoi, la courbe que j'ai tracée est essentiellement droite après cela. Le problème vient du fait qu'aucune méthode ne permet de détecter les tumeurs quand elles sont encore assez petites pour qu'on puisse aider la malade.

Mme Black: Vous recommandez donc que nous options pour d'autres méthodes d'imagerie...

Dr Gordon: Oui, mais chaque méthode d'imagerie dont je parle est encore à l'étape de la recherche et notre problème consiste donc à financer les travaux de recherche.

Mme Black: Il existe de nombreux groupes qui s'intéressent aux questions liées au cancer du sein, dont plusieurs ont présenté un mémoire ici et ailleurs dans le pays, et ils diraient, je pense, que nous devrions financer la recherche sur les causes du cancer du sein.

Dr Gordon: Nous le faisons. C'est tout ce que nous faisons—mais ce n'est peut-être pas assez.

Mme Black: Ce n'est pas ce que nous ont donné à entendre les chercheurs qui ont comparu devant le Comité. Par exemple, l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein représentait la plus forte dépense jamais faite par le

[Text]

for breast cancer. That was a study on mammography. We didn't get any witnesses who came to us and said that there was very innovative or interesting new research going on to determine what causes breast cancer.

Women have appeared here who were diagnosed with breast cancer at a very early age, who have since died of the disease, one woman two weeks ago who was only 33 years old.

• 1610

When they talk to us, they talk about what is causing this disease. As you said, this is a disease that affects one woman in eight now, in her lifetime. What is changing out there? Why are we not looking at environmental carcinogens and other things that might lead us to understand the causes?

Dr. Gordon: Again, I am not an epidemiologist, but from what I have read of the correlation factors concerning various possible causes of breast cancer, none of them are very predictive and you may be beating a dead horse. That is my only concern—trying to find the cause.

Ms Black: You mean, we may never find it.

Dr. Gordon: We may never find the cause, but if we try to find the tumours, we will be able to get them out early enough, if this model of cancer is right. I mean, there is always a chance that I am completely wrong, and that even if you find tiny tumours you are not going to help the woman. But everybody who works on cancer with whom I have spoken seems to agree that if you catch a tumour early enough, you will probably be curing the patient. You see, there is another cancer where this is well known, and it is easy to understand. It has essentially the same curve. It is called melanoma.

In melanoma, if you catch the tumours early enough you can get a 100% cure rate. If you wait until they are just a tiny big bigger, they invade, they metastasize and you are then dealing with one of the most malignant cancers there is. The chance of cure drops tremendously. It shows a strong step-function. The advantage to melanomas is that they occur on your skin, so you at least have a chance.

In fact, I have been involved in that disease. I invented a device called the nevoscope for making three-dimensional pictures of melanoma tumours. A student of mine has turned that into a device which is about to be commercialized. He is at the University of Cincinnati.

With this device we may be able to tell when something is a tumour. When it is getting close to this border, then you cut it out and it is done. So in melanoma we know that it is true—if you cut out the small tumours you get a 100% cure rate. If you do not cut them out, they get a little bit bigger and you get a very low cure rate.

I suggest that breast cancer may be very similar to melanoma in its characteristics.

[Translation]

gouvernement et l'Institut national du cancer au sujet du cancer du sein, d'après ce qu'on nous a dit. Cette étude portait sur la mammographie. Aucun témoin n'est venu nous dire que de nouvelles recherches intéressantes étaient en cours pour déterminer les causes du cancer du sein.

Des femmes qui ont comparu ici et chez qui on avait décelé un cancer du sein alors qu'elles étaient très jeunes, sont décédées de la maladie depuis ce temps, notamment une femme qui est morte il y a deux semaines à l'âge de 33 ans seulement.

Lorsqu'ils s'adressent à nous, ils nous parlent des causes de cette maladie. Comme vous dites, c'est une affection qui frappe une femme sur huit aujourd'hui. Qu'est-ce qui a changé? Pourquoi n'examinons-nous pas les carcinogènes environnementaux et d'autres éléments qui nous permettraient de comprendre les causes de cette maladie?

Dr Gordon: Encore là, je ne suis pas épidémiologiste, mais d'après ce que j'ai lu sur les facteurs de corrélation concernant diverses causes possibles du cancer du sein, aucun d'entre eux ne permet de faire des prédictions et il se peut que la recherche soit vaine ici. C'est mon seul but: trouver la cause de cette maladie.

Mme Black: Vous voulez dire qu'on ne la trouvera peut-être jamais.

Dr Gordon: Nous ne trouverons peut-être jamais la cause, mais si nous tâchons de dépister les tumeurs, nous pourrions les exciser à temps, si ce type de cancer est le bon. Ce que je veux dire, c'est qu'il se peut toujours que j'aie tout à fait tort et que, même si l'on trouve des tumeurs minuscules, on n'aidera pas la femme pour autant. Mais tous ceux qui travaillent dans le domaine du cancer et avec qui j'ai parlé, semblent d'accord pour dire que, si l'on repère la tumeur à temps, on a une bonne chance de guérir la patiente. Vous voyez, il y a un autre cancer qui est bien connu et qui est facile à comprendre. Il présente essentiellement le même profil; c'est le mélanome.

Pour ce qui est des mélanomes, si on les repère à temps, les chances de guérison sont de 100 p. 100. Si on les laisse grossir un peu, ils envahissent le corps, se métastasent, et l'on est alors aux prises avec l'un des cancers les plus malins qui soient. Les chances de guérison diminuent considérablement. La réponse à l'échelon ici est très marquée. L'avantage, avec les mélanomes, c'est qu'ils apparaissent sur la peau, si bien que vous avez à tout le moins une chance.

D'ailleurs, c'est une maladie que je connais bien. J'ai inventé un appareil appelé le naevoscope qui permet de prendre des photographies tridimensionnelles des mélanomes. L'un de mes étudiants l'a transformé en un instrument qui est sur le point d'être commercialisé. Il est à l'Université de Cincinnati.

Cet instrument permettra de dire quand une excroissance devient une tumeur. Quand elle se rapproche du point tangent, à ce moment-là on peut l'exciser et le patient est sauvé. Donc, avec les mélanomes, nous savons que cela est vrai, que si l'on excise les petites tumeurs, les chances de guérison sont de 100 p. 100. Si l'on n'intervient pas, elles grossissent un peu plus et les chances de guérison sont alors très faibles.

À mon avis, le cancer du sein est très semblable au mélanome, par ses caractéristiques.

[Texte]

Ms Black: Early on you told us that there was some interesting correlation between genetic tumour in children, called retinoblastoma breast cancer—

Dr. Gordon: I am not familiar with that work.

Ms Black: Well, I want to thank you for your presentation. I actually find it immensely depressing. I have to say that it's not you personally, but what you have said to us in terms of where we are going, in terms of being able to diagnose the disease and save lives.

Dr. Gordon: Part of the problem is the history of the attempts to diagnose this disease early. In the mid-1970s General Electric, which is a big company and still makes computer tonographic scanners, took a body scanner and turned it horizontally and made a beautiful ergonomic design. A woman would lie down, put her breast through it and it made pictures, cross-sectional pictures of the breast.

This machine cost them a few million dollars to build and they put it in the Mayo Clinic. The Mayo Clinic compared it with standard mammography and the result was that this machine was 75% as good as standard mammography. Now, yes, you laugh but the result is that we are in this situation today, almost 20 years later.

General Electric did not do their homework. We know from mammography that the microcalcifications seemed to be the leading things to look for when you are doing X-ray mammography, to find tumours. Microcalcifications are little specks of calcium, which are typically 1/10 mm wide. When they are in a clear part of the breast, so the X-rays can get through the breast, they show up on a mammogram very well. You can see them as bright little spots. If there is a lot of dense tissue in the way, you will not see them, but where they show up, they show up.

Well, you would think that if there is a simple theory which states that if you can see something in a two-dimensional image, there is no excuse for losing it in three dimensions, but that is precisely what General Electric did. What they did was to use this body scanner and call it a mammographic scanner, but what it did was to reconstruct a volume of tissue that was 1 mm X 1 mm X 10 mm, or 1 cm high.

• 1615

The volume of a microcalcification is 1/10 mm, cubed. The volume of this item is 10 mm, cubed. If you multiply this out it comes to one-thousandths of a cubic millimetre. This is 10 mm, so the ratio is 10,000. In other words, the X-ray image of a microcalcification got spread out by a factor of 10,000 by their machine and disappeared. They couldn't see it. That's why this machine failed.

I think what happened in the industry as a consequence of this failure, which occurred in 1975 or so, is that everybody asked how they could possibly do it if General Electric couldn't. Nobody went back and asked why the researchers had failed. As a result, there has been no development in digital mammography and no commercial equipment in digital mammography of any type until this year. Two companies are selling a small machine that helps guide a needle with digital

[Traduction]

Mme Black: Vous nous avez dit plus tôt qu'il y avait une corrélation intéressante entre la tumeur d'origine génétique chez les enfants, appelé rétinoblastome du sein. . .

Dr Gordon: Je ne suis pas au courant de ces travaux.

Mme Black: Eh bien, je tiens à vous remercier de votre exposé. En fait, je l'ai trouvé excessivement déprimant. Ce n'est pas un reproche que je vous fais, mais j'ai trouvé inquiétant ce que vous avez dit sur nos progrès, sur les moyens que nous avons de diagnostiquer la maladie et de sauver des vies.

Dr Gordon: Une partie du problème réside dans l'historique des tentatives visant à diagnostiquer cette maladie à ses débuts. Au milieu des années soixante-dix, General Electric, qui est une grande société et qui fabrique encore aujourd'hui des tomomètres, a pris un scanner corps entier, l'a placé à l'horizontale et lui a donné une belle forme ergonomique. La femme se couche, place son sein dans l'appareil qui en prend des photos en coupes transversales.

Cet appareil a coûté quelques millions de dollars et a abouti à la clinique Mayo. Celle-ci l'a comparé à la mammographie ordinaire et a estimé que les résultats obtenus valaient à 75 p. 100, ceux d'une mammographie ordinaire. Oui, vous riez, mais le fait est que ce résultat demeure le même aujourd'hui, presque 20 ans plus tard.

General Electric a mal travaillé. La mammographie nous appris que les microcalcifications semblent être les principaux éléments à rechercher dans ce genre de radiographie: trouver les tumeurs. Les microcalcifications sont des particules de calciums qui ont, en général, un dixième de millimètre de largeur. Lorsqu'il s'en trouve dans une partie claire du sein, c'est-à-dire que les rayons X peuvent traverser l'organe, la mammographie les montre très bien. Elles apparaissent sous forme de petites taches voyantes. Si une masse de tissu dense bloque la vue, on ne les verrait pas, mais lorsqu'elles apparaissent, elles sont très visibles.

Bon, on penserait normalement que si l'on peut distinguer quelque chose sur une image bidimensionnelle, il est inexcusable de ne pas le voir sur une image tridimensionnelle, mais c'est précisément ce que General Electric a fait. Tout ce qu'elle a fait, c'est prendre le scanner corps entier et le baptiser scanner mammographique, mais cela a eu pour effet de reconstruire un volume de tissu qui mesurait un millimètre sur un millimètre sur 10 millimètres, soit un centimètre de hauteur.

Le volume d'une microcalcification est de 1/10 mm, au cube. Le volume de cette chose est de 10 mm, au cube. Si l'on multiplie cela, on aboutit à 1/1 000 de mm³. Il s'agit ici de 10 mm, le ratio est donc de 10 000. Autrement dit, la machine étalait, par un facteur de 10 000, la radiographie d'une microcalcification, ce qui la faisait disparaître. On ne pouvait plus la voir. C'est pourquoi, cette machine s'est révélée un échec.

Je crois que ce qui est arrivé dans l'industrie, à la suite de cet échec qui a eu lieu en 1975 ou à peu près, c'est que tout le monde a conclu qu'on ne pourra jamais inventer la machine qu'il fallait si General Electric avait échoué. Personne n'a voulu savoir pourquoi les chercheurs n'avaient pas réussi. En conséquence, personne ne s'est intéressé à la mammographie numérique et il a fallu attendre jusqu'à cette année pour voir apparaître, dans le commerce, un appareil

[Text]

equipment, but there's been absolutely nothing else on the market in all that time.

The Chair: Are we going to come back after the bell for the vote? We have a motion, with this committee, that we can only hear testimony if there's a quorum.

Ms Black: I'll come back, yes, if you want to do so.

The Chair: That return will be at 3:30 p.m. I'm going to have to leave at 5 p.m. though, because I have a commitment in Toronto.

Ms Black: Do you want to adjourn? How much time do we have until the vote is called?

The Clerk of the Committee: The bells started ringing at 4:05 p.m. and it's just after 4:15 p.m. now.

The Chair: Perhaps we can just finish up now then. It would be easier.

Basically, your theme is that we're not catching lumps early enough to make a substantial difference and you're suggesting we need more research into areas that can result in detecting lumps at a very small size.

Dr. Gordon: None are developed adequately at this point.

The Chair: So the Miller study is an example then. The control group consisted of women who were receiving care from their regular physicians and were compared to a group that was receiving regular mammographies.

I wasn't able to ask questions because I had to go over to the House at that time—this is another one of these confused meetings—but I did speak to Dr. Miller afterwards. One of the conclusions I drew from that study was that if women are getting reasonable health care, they're going to be getting their screening for mammography if they're in a target group of over age 50 or whatever. They will also be getting the baseline mammography.

They were basically comparing two groups that were probably receiving a fairly similar level of medical care, so you wouldn't see much difference anyway. But if they were conducting the study in, say, New York City, and were comparing with a group of women who were receiving almost no medical care or only when they had a symptom, you'd probably get startlingly better results from the mammography program.

I'm just wondering about your comments on that idea. Obviously, your point is still very valid, that they're not getting the screening early enough anyway.

Dr. Gordon: Well, you're asking whether or not there are demographic factors that might change the conclusion Dr. Miller arrived at.

The Chair: Yes. I think the control group was not a—

Dr. Gordon: Those are epidemiological questions that I don't feel competent to answer. I'm not surprised at the result because of the likely course of this disease. We're looking at tumours that are too big, too late. The horse has already left the barn.

[Translation]

de ce genre. Deux compagnies vendent une petite machine qui aide à guider une aiguille grâce à un appareil numérique, mais il n'y a eu absolument rien d'autre sur le marché pendant tout ce temps.

La présidence: Allons-nous revenir après la sonnerie d'appel au vote? Notre comité est régi par une motion voulant que, nous ne puissions entendre de témoignages en l'absence de quorum.

Mme Black: Je reviendrai, oui, si vous le voulez.

La présidence: Nous reviendrons à 15h30. Mais je dois quitter à 17 heures parce qu'on m'attend à Toronto.

Mme Black: Voulez-vous ajourner la séance? Combien de temps avons-nous avant l'appel au vote?

La greffière du comité: La sonnerie s'est fait entendre à 16h05 et il est maintenant tout juste passé 16h15.

La présidence: Nous allons terminer alors. Ce serait plus simple.

Au fond, ce que vous dites, c'est que nous ne détectons pas les masses assez tôt pour que cela fasse une grosse différence et qu'il faut faire plus de recherches qui nous permettront de détecter les très petites masses.

Dr Gordon: Nous n'avons rien de tel à l'heure actuelle.

La présidence: L'étude de Miller en est donc un exemple. Le groupe témoin se composait de femmes qui étaient soignées par leur médecin de famille et elles étaient comparées à un groupe qui se soumettait régulièrement à des mammographies.

Je n'ai pas pu poser de questions ce jour-là parce que je devais être présente en Chambre au même moment—il y a beaucoup de séances confuses comme celle-ci—, mais j'ai pu parler au Dr Miller par après. L'une des conclusions que j'ai tirées de cette étude, c'est que si les femmes obtiennent des soins de santé raisonnables, elles se soumettront à des mammographies de dépistage si elles se trouvent dans le groupe cible des femmes âgées de plus de 50 ans. Elles auront droit aussi aux mammographies de base.

En substance, l'étude comparait deux groupes qui recevaient probablement des soins médicaux assez semblables, si bien qu'on ne voyait pas beaucoup de différences de toute façon. Mais si l'étude avait été faite, disons à New-York, et qu'elle avait comparé un groupe de femmes ne recevant à peu près aucun soin médical ou alors seulement celles qui présentaient des symptômes, le programme de mammographies aurait probablement donné des résultats considérablement meilleurs.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de cette idée. De toute évidence, vous avez parfaitement raison de dire que le dépistage ne se fait pas assez tôt de toute façon.

Dr Gordon: Eh bien, vous voulez savoir si des facteurs démographiques auraient modifié les conclusions auxquelles est parvenu le Dr Miller.

La présidence: Oui. Je crois que le groupe témoin n'était pas. . .

Dr Gordon: Ce sont là des questions épidémiologiques auxquelles je ne peux pas répondre. Je ne suis pas surpris du résultat étant donné l'évolution probable de cette maladie. Nous sommes en présence de tumeurs qui sont trop grosses, trop tard. Le mauvais génie est déjà sorti de la lampe.

[Texte]

The Chair: Yes, that's a very good point.

The other aspect I was looking at relates to this article I was reading—and you may have read it—about detection of tumours through blood analysis. There's an article in *Saturday Night* magazine, where a—

Dr. Gordon: That might also be an area that's very well worth funding. Anything that gives promise of detecting tumours when they're just getting started is what I'd suggest needs funding.

The business of curing the disease can be great, if somebody can do it, but I would put it to you that most of the funding that has occurred has been aimed at understanding the disease at a biological level, which hasn't led anywhere yet, in terms of impact on health.

• 1620

It certainly should continue to go on. I am not suggesting taking money away from those people. But I am suggesting that where funding occurs, most of it should go to that sort of work and not to the diagnostic problems.

The Chair: That is a very good point. Thank you very much for coming. I am sorry our meeting is so disrupted.

Ms Black: I guess my frustration is quite simple, and I think I reflect the frustration of more than half of Canada's population at this point.

Dr. Gordon: I wish the frustration would be turned into women turning to careers in women's diseases. This is what we need. We need motivated people who want to solve the problem.

Ms Black: It puts the responsibility back on women, Dr. Gordon.

Dr. Gordon: Why not?

Ms Black: I agree with you, there should be more women in the field, but there are immense barriers to women's participation.

Dr. Gordon: I don't think so.

Ms Black: We could have more debate on that.

Dr. Gordon: No, I think the barriers we have are barriers towards encouraging research careers.

Ms Black: Or science, period, for girls in school.

Dr. Gordon: Yes, but at every level. Research careers are not encouraged at every single level. For instance, if you want to be an honours student, you have to be a stay-at-home person. You cannot have children.

Ms Black: Those are the kinds of barriers I'm talking about.

Dr. Gordon: There are barriers at every level, but also we do not have inducements for people to go into research. There are no inducements for radiologists, let alone women radiologists, to do research, because it cuts into their income.

[Traduction]

La présidence: Oui, vous avez tout à fait raison.

Mon autre question a trait à un article que je lisais—que vous avez peut-être lu—sur la détection des tumeurs par l'analyse sanguine. Cet article a paru dans la revue *Saturday Night* où. . .

Dr Gordon: C'est peut-être aussi un domaine qu'il conviendrait de financer. À mon avis, il convient de financer toute recherche offrant la possibilité de détecter les tumeurs dès leur naissance.

Trouver un remède à une maladie est exaltant si on arrive à le faire, mais à mon avis, le gros du financement jusqu'à présent visait la compréhension de la maladie au niveau biologique, mais cela n'a eu jusqu'à présent aucun effet sur la santé du public.

Certes, cette recherche doit se poursuivre. Je ne dis pas qu'il faut couper les vivres à ces chercheurs, mais que si l'on veut financer la recherche, le gros des crédits doit être affecté à ce genre de travail et non à des questions de diagnostic.

La présidence: C'est fort bien dit. Merci beaucoup d'être venu. Je suis désolée d'avoir à lever la séance.

Mme Black: Je crois que ma déception est tout à fait compréhensible et qu'elle reflète celle de plus de la moitié du Canada aujourd'hui.

Dr Gordon: J'aimerais que votre déception suscite chez les femmes des carrières vouées aux maladies féminines. C'est ce dont nous avons besoin. Il nous faut des personnes motivées qui veulent résoudre le problème.

Mme Black: C'est rejeter toute la responsabilité sur les femmes, docteur Gordon.

Dr Gordon: Pourquoi pas?

Mme Black: Je suis d'accord avec vous, il faut qu'il y ait plus de femmes dans ce domaine, mais il y a des obstacles considérables à la participation des femmes.

Dr Gordon: Je ne le crois pas.

Mme Black: Nous pourrions en débattre longuement.

Dr Gordon: Non, s'il y a des obstacles à mon avis, ce sont des obstacles à l'encouragement des carrières consacrés à la recherche.

Mme Black: Ou à l'enseignement de la science, aux jeunes filles dans les écoles.

Dr Gordon: Oui, mais à tous les niveaux. À tous les niveaux, on n'encourage pas les carrières axées sur la recherche. Par exemple, si l'on veut faire de hautes études, il faut mener une vie de maison. On ne peut pas avoir d'enfants.

Mme Black: Ce sont précisément le genre d'obstacles dont je parle.

Dr Gordon: Il y a des obstacles à tous les niveaux, mais nous n'encourageons pas non plus les personnes à se consacrer à la recherche. On n'encourage pas les radiologistes, encore moins les femmes radiologistes, à faire de la recherche parce que cela réduit leur revenu.

[Text]

Ms Black: R and D is underfunded in every respect.

Dr. Gordon: This is why I suggested, for instance, that you set up research chairs in radiology departments. It would be one way to have a major impact on these types of problems.

The Chair: We have to run. Thank you very much.

[Translation]

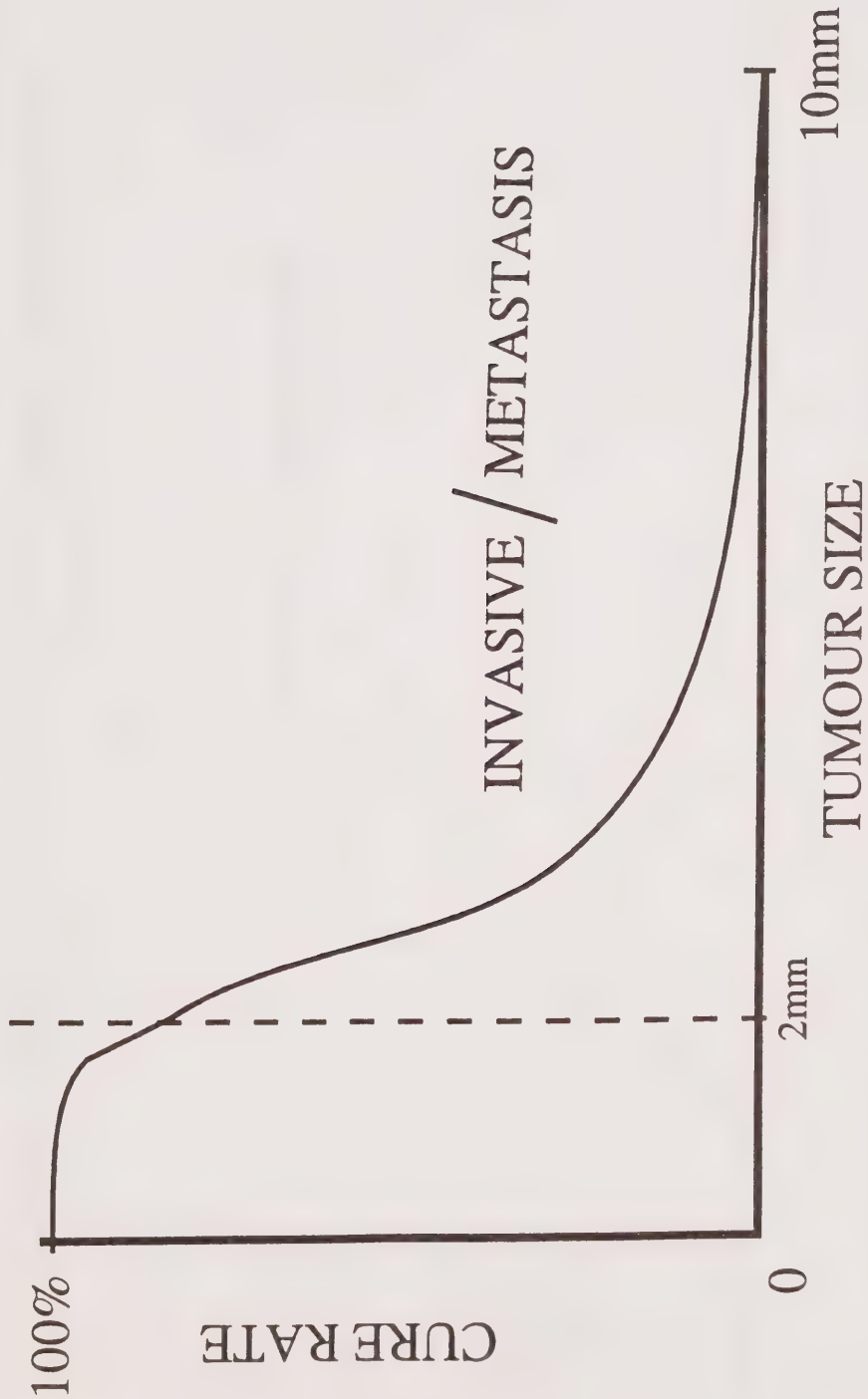
Mme Black: La recherche et développement manquent de financement à tous les égards.

Dr Gordon: C'est pourquoi j'ai proposé, par exemple, la création de chaires de recherches dans les départements de radiologie. Elles auraient beaucoup d'effets sur ce genre de problème.

La présidence: Il nous faut partir. Merci beaucoup.

APPENDIX "FEMM-17"

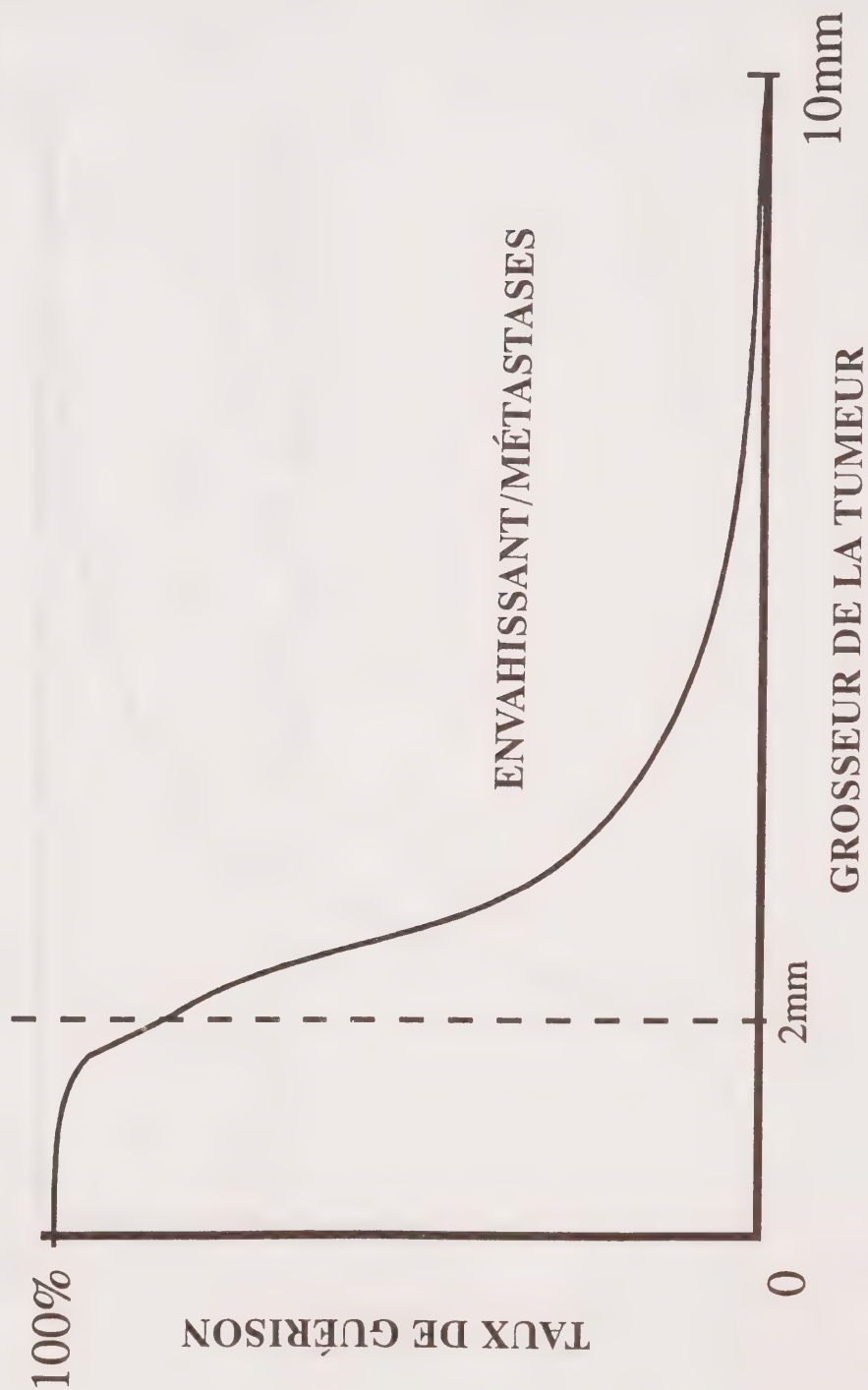
CURE RATE vs BREAST TUMOUR SIZE



Submitted to Sub-Committee on the Status of Women by Dr. Gordon,
December 9, 1992.

APPENDICE «FEMM-17»

(TRADUCTION)

TAUX DE GUÉRISON ET
GROSSEUR DE LA TUMEUR AU SEIN

Présenté au Sous-comité de la condition féminine par le
Dr Gordon, le 9 décembre 1992.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

K1A 0S9

Ottawa

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESS

From the University of Manitoba:

Dr. Richard Gordon, Professor of Radiology.

TÉMOIN

De l'Université de Manitoba:

D^r Richard Gordon, professeur de radiologie.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 22

Tuesday, May 25, 1993

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 22

Le mardi 25 mai 1993

Présidence: Barbara Greene

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee
on the*

Status of Women

*of the Standing Committee on Health and Welfare, Social
Affairs, Seniors and the Status of Women*

Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la

Condition féminine

*du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des
affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*

RESPECTING:

Main Estimates 1993-94: Votes 10 and 15 under
WESTERN ECONOMIC DIVERSIFICATION (Advisory
Council on the Status of Women and Status of
Women—Office of the Coordinator)

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1993-1994: crédits 10 et 15
sous la rubrique DIVERSIFICATION DE L'ÉCONOMIE
DE L'OUEST CANADIEN (Conseil consultatif sur la
situation de la femme et Condition féminine—Bureau de la
Coordonnatrice)

APPEARING:

The Hon. Mary Collins,
Minister Responsible for the Status of Women

COMPARAÎT:

L'Hon. Mary Collins,
Ministre responsable de la situation de la femme

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92-93

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992-1993

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF THE
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF
WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE DU COMITÉ
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL,
DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA
CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy—(4)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Thursday, February 25, 1993

Pursuant to Standing Order 81(6), Mr. Loiselle, seconded by Mr. Wilson (Etobicoke Centre), moved,—That the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1994, laid upon the Table earlier this day, be referred to the several Standing Committees of the House as follows:

To the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

Western Economic Diversification, Votes 10 and 15.

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du jeudi, 25 février 1993

Conformément à l'article 81(6) du Règlement, M. Loiselle appuyé par M. Wilson (Etobicoke-Centre), propose,—Que le Budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1994, déposé sur le Bureau plus tôt aujourd'hui, soit renvoyé aux divers Comités permanents de la Chambre, comme suit:

Au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Diversification de l'économie de l'Ouest canadien, crédit 10 et 15.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 25, 1993
(31)

[Text]

The Sub-Committee on the Status of Women met at 5:40 o'clock p.m. this day, in Room 269, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Member of the Sub-Committee present: Barbara Greene.

Acting Member present: Lynn Hunter for Dawn Black.

Other Member present: Pierrette Venne.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Sandra Harder, Research Officer.

Appearing: The Hon. Mary Collins, Minister Responsible for the Status of Women.

The Order of Reference dated Thursday, February 25, 1993, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1994, being read as follow:

ORDERED,—That Votes 10 and 15 under WESTERN ECONOMIC DIVERSIFICATION be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Sub-Committee commenced consideration of its Order of Reference dated Thursday, February 25, 1993, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1994.

By unanimous consent, the Chair called Votes 10 and 15 under WESTERN ECONOMIC DIVERSIFICATION (Advisory Council on the Status of Women, and Status of Women—Office of the Coordinator).

The Chair ordered that the Minister's opening statement be taken as read into the record.

The Minister answered questions.

At 6:10 o'clock p.m., the Sub-Committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 25 MAI 1993
(31)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine se réunit à 17 h 40, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membre du Sous-comité présente: Barbara Greene.

Membre suppléante présente: Lynn Hunter remplace Dawn Black.

Autre députée présente: Pierrette Venne.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Sandra Harder, attachée de recherche.

Comparaît: L'hon. Mary Collins, ministre responsable de la condition féminine.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du jeudi 25 février 1993, portant sur l'étude du Budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1994:

IL EST ORDONNÉ,—Que les crédits 10 et 15, sous la rubrique DIVERSIFICATION ÉCONOMIQUE DE L'OUEST CANADIEN, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

Le Sous-comité commence l'étude du Budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1994, conformément à son mandat du jeudi 25 février 1993.

Du consentement unanime, la présidente appelle: crédits 10 et 15, DIVERSIFICATION ÉCONOMIQUE DE L'OUEST (Conseil consultatif sur la situation de la femme et Condition féminine—Bureau de la coordonnatrice).

La présidente ordonne que la déclaration de la ministre soit tenue pour lue et intégrée au compte rendu.

La ministre répond aux questions.

À 18 h 10, le Sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Tuesday, May 25, 1993

• 1739

The Chair: Welcome, Madam Minister.**Statement by Hon. Mary Collins (Minister Responsible for the Status of Women):**

I'm pleased to be with you again this year to speak about the 1993-94 Main Estimates for Status of Women Canada.

I am joined today by Louise Bergeron-de Villiers, Acting Coordinator of Status of Women Canada. After six and a half years as coordinator, Kay Stanley has taken another challenging role, this time as Assistant Deputy Solicitor General in the area of Corrections and the National Parole Board in the Department of the Solicitor General.

As I've travelled across the country, I've met many young women with concerns about their lives and futures. They want to be safe on their streets and in their homes. They want to have good jobs and be productive citizens. They want to participate in every aspect of Canadian life—from having families to running the country.

As Status of Women Canada, our achievements of the past and our plans for the future address the concerns of these young women and of women of all ages. I'd like to highlight our accomplishments in two critical areas in particular: violence against women and economic equality.

Violence Against Women: In its efforts to make Canada a safer place for all women and address the root causes of this crime, the government established the Canadian Panel on Violence Against Women in August 1991. The panel, including an aboriginal circle, is now preparing its final report and national action plan due in June. One of our most important initiatives at Status of Women Canada in 1993-94 will be to coordinate the government's response to the panel's recommendations. This will have long-term implications for the safety and equality of the women of Canada.

Meanwhile, the government has not waited for the panel's final report to move ahead on the issue of violence against women. We recognize, for instance, that women need to be better protected in the judicial system.

Therefore, as you know the government recently proposed to amend the Criminal Code by creating a new offence of criminal harassment or stalking that would clearly protect women in cases where someone is besetting or watching their dwelling, repeatedly following them or communicating with them, or engaging in threatening conduct. It is my hope that this legislation can become law before the House recesses in June, following discussions in legislative committee.

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mardi 25 mai 1993

La présidence: Bienvenue, madame la ministre.**Déclaration de l'honorable Mary Collins (ministre responsable de la Condition féminine):**

C'est avec plaisir que je reviens vous parler cette année du Budget des dépenses principal de Condition féminine Canada pour 1993-1994.

Louise Bergeron-de Villiers, coordonnatrice par intérim de Condition féminine Canada, m'accompagne aujourd'hui. Après avoir occupé le poste de coordonnatrice pendant six ans et demi, Kay Stanley a relevé un autre défi stimulant en devenant sous-solliciteure générale adjointe dans le secteur des affaires correctionnelles et de la Commission nationale des libérations conditionnelles au ministère du Solliciteur général.

Au cours de mes voyages au Canada, j'ai rencontré beaucoup de jeunes femmes préoccupées par leur vie et par leur avenir. Elles veulent se sentir en sécurité dans la rue et au foyer. Elles souhaitent occuper un bon emploi et veulent être des citoyennes productives. Elles veulent participer à tous les aspects de la vie canadienne—depuis l'éducation des enfants à la direction du pays.

À Condition féminine Canada, nos réalisations et nos plans d'avenir sont axés sur les préoccupations de ces jeunes femmes et des femmes de tous âges. Je veux souligner nos réalisations dans deux domaines critiques en particulier, soit la violence faite aux femmes et l'égalité économique.

La violence faite aux femmes: Dans ses efforts en vue de rendre le Canada plus sûr pour toutes les femmes et de remédier aux causes profondes de ce genre de crime, le gouvernement a créé le Comité canadien sur la violence faite aux femmes en août 1991. Le Comité, qui comprend un Cercle autochtone, est en train de préparer son rapport final et un plan d'action national qui devraient être rendus publics en juin. En 1993-1994, une des initiatives les plus importantes à Condition féminine Canada consistera à coordonner la réponse du gouvernement aux recommandations du Comité. Cette réponse aura des répercussions à long terme sur la sécurité et l'égalité des femmes du Canada.

Entre-temps, le gouvernement n'a pas attendu le rapport final du Comité pour aller de l'avant en ce qui concerne la question de la violence faite aux femmes. Nous reconnaissons que l'appareil judiciaire doit mieux protéger les femmes.

C'est pourquoi, comme vous le savez, le gouvernement a déposé récemment des modifications au Code criminel en créant une nouvelle infraction, le «harcèlement criminel», pour criminaliser le harcèlement, l'intimidation, et les menaces qui contribuent à la crainte qu'éprouvent les femmes pour leur sécurité personnelle. J'espère que cette mesure législative deviendra loi avant l'interruption des travaux de la Chambre en juin.

[Text]

It is also important that women participate in developing legislation that directly affects their lives. Status of Women Canada was instrumental in facilitating meetings between the Department of Justice and women's organizations during the development of the rape shield law, which came into effect in August 1992.

In the past year, the federal government has also passed other legislation to make Canada safer for women and all its citizens—regulations that tighten parole for sexual and other offenders.

As minister responsible for the Status of Women, I participated in the national symposium on community safety and crime prevention, which was held in Toronto in March of this year. Any national action plan on community safety must, of course, consider the concerns of women. The consensus which emerged from this symposium complements the goals of the panel on the need to address the root causes of crime in our society.

International Initiatives: While we work domestically to advance the status of women, we cannot ignore the plight of women in other countries.

Canada has long been in the forefront of international efforts to improve women's rights. Within the federal government, Status of Women Canada initiated, developed and promoted the theme *Women's Rights are Human Rights* for International Women's Day this year.

Events in the former Yugoslavia—the use of rape and brutal treatment of girls and women as an instrument of war—are another form of the violence against women we know in Canada. These events are part of an overall, global attitude about women that must be changed.

Many nations don't acknowledge the violence against women within their borders, but Canada has the courage to not only say, "It happens here", but also to step forward and take a leadership role in preventing such abuses at home and around the world.

I'm particularly proud that Canada first launched the idea and initiated the development of the United Nations Declaration on the Elimination of Violence Against Women, that was adopted by consensus by the UN Commission for the Status of Women in March in Vienna. It will now go before the UN General Assembly for adoption this fall. This declaration will also be on the agenda of the upcoming UN World Conference on Human Rights this June, the first such conference in 25 years.

Also on the international front, Status of Women Canada is preparing for Canada's participation in the fourth World Conference on Women to be held in Beijing, China in 1995. The aim of this conference will be the development of a platform of action on the advancement of women around the world to the year 2000. It will be a critical blueprint to accelerate progress towards achieving the goal of global equality by the end of the century. We will hold a second information-

[Translation]

Il importe aussi que les femmes participent à l'élaboration de mesures législatives qui affectent directement leur vie. Condition féminine Canada a facilité la tenue de réunions entre le ministère de la Justice et des organismes féminins au cours de l'élaboration de la loi visant la protection des victimes de viol, qui est entrée en vigueur en août 1992.

Au cours de l'année suivante, le gouvernement fédéral a adopté aussi d'autres mesures législatives afin de rendre le Canada plus sûr pour les femmes et pour toute la population—je pense par exemple aux règlements qui resserrent la libération conditionnelle des délinquants sexuels et autres.

Comme ministre responsable de la Condition féminine, j'ai participé au Colloque national sur la prévention du crime et la sécurité communautaire, qui s'est tenu à Toronto en mars de cette année. Bien entendu, tout plan d'action national sur la sécurité communautaire doit tenir compte des préoccupations des femmes. Le consensus dégagé à la suite du colloque appuie les buts du Comité en ce qui concerne la nécessité de remédier aux causes profondes du crime dans notre société.

Les initiatives internationales: Pendant que nous essayons de faire progresser la condition féminine au Canada, il ne faut pas oublier la situation des femmes des autres pays.

Le Canada est depuis longtemps à l'avant-garde des efforts internationaux pour améliorer les droits de la femme. Au sein de l'administration fédérale, Condition féminine Canada a pris en charge la conception, l'élaboration et le lancement du thème «Les droits de la femme sont des droits de la personne» pour la Journée internationale de la Femme de cette année.

Le recours au viol et à la brutalité contre les jeunes filles et les femmes comme instrument de guerre dans l'ancienne Yougoslavie est une autre forme de violence faite aux femmes que nous devons étudier. Ces événements s'inscrivent dans le cadre d'une attitude mondiale et générale au sujet des femmes: il faut changer cette attitude.

Beaucoup de pays ne reconnaissent pas que la violence faite aux femmes se produit sur leur territoire, mais le Canada a le courage non seulement d'avouer que cela se passe chez lui, mais aussi de prendre des mesures et de jouer un rôle de chef de file pour prévenir de tels abus chez lui et partout dans le monde.

Je suis particulièrement fière que le Canada ait été le premier pays à lancer l'idée et à amorcer l'élaboration de la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence faite aux femmes, que la Commission de la condition de la femme des Nations Unies a adoptée en mars, à Vienne. La déclaration sera soumise à l'Assemblée générale des Nations Unies à l'automne, pour qu'elle l'adopte. Cette déclaration sera aussi inscrite au programme de la prochaine Conférence mondiale des Nations Unies sur les droits de la personne, qui aura lieu en juin. Ce sera la première conférence de ce genre en 25 ans.

Sur la scène internationale aussi, Condition féminine Canada prépare la participation du Canada à la quatrième Conférence mondiale sur la femme qui doit avoir lieu à Beijing, en Chine, en 1995. Cette conférence visera à élaborer un plan d'action sur l'avancement des femmes partout dans le monde jusqu'en l'an 2000. ce plan critique visera à accélérer les progrès vers la réalisation de l'égalité mondiale d'ici la fin du siècle. Nous tiendrons une deuxième séance d'information avec des

[Texte]

sharing session with national women's groups later this week to discuss the conference and other upcoming international events such as the Commonwealth Women's Affairs Ministers' meeting in Cyprus this July.

Economic Equality: Young women in Canada need to know that they have the chance for a prosperous and productive life, whether they're planning to work in the home or in the paid workforce. Economic equality is at the root of the social and political equality that women seek in our society.

Therefore, I'm pleased that our efforts to promote women's education and training, particularly in math, science and technology are paying off. Data from the 1991 census show that women and men are virtually even in educational achievement at the high school level. While women are still behind men in terms of university degrees, the number of Canadian women with a university education grew by an impressive 86% in the past decade. More women with higher education means more women in the kind of jobs that come with good pay and good benefits.

I'm pleased that governments at all levels are beginning to understand the importance of women's economic equality. My colleagues in the provinces and territories adopted the "Yukon Declaration on Economic Equality for Women" at the 1992 annual meeting of ministers responsible for the status of women. This declaration recognizes that a prosperous society requires the involvement of all women as economic partners, and that women's work, paid and unpaid, must be valued and respected.

Young women, who have watched their mothers trying hard to be superwomen, are worried about balancing their future careers with the families they plan to have. The issue of family and work responsibilities must remain on the national agenda. It will again be part of discussions with my colleagues in the provinces and territories in June at the 12th annual meeting of ministers responsible for the status of women.

In 1992-93, Status of Women Canada was involved in the release of a number of significant reports regarding women's economic equality. In a joint project with the Department of Justice, we published a report called "An Economic Model to Assist in the Determination of Spousal Support". It is designed to help women, lawyers and judges determine more equitable divorce settlements. I'm pleased it is already being used by the courts, which are recognizing that women face economic disadvantages when they've been out of the workforce to raise children or fulfil other family obligations.

In addition, Status of Women Canada recognized that most women could not afford the services of an economist to calculate fair settlements. Therefore, we released the model contained in the report on a user-friendly diskette.

[Traduction]

groupes féminins nationaux cette semaine pour discuter de la conférence et d'autres événements internationaux à venir comme la Réunion des ministres du Commonwealth responsables de la condition féminine, qui doit avoir lieu à Chypre en juillet.

L'égalité économique: Les jeunes femmes du Canada doivent savoir qu'elles ont la tendance de mener une vie prospère et productive, qu'elles envisagent de travailler au foyer ou à un travail rémunéré. L'égalité sociale et politique que les femmes recherchent dans notre société passe par l'égalité économique.

Je me réjouis donc de voir que nos efforts en vue de promouvoir l'éducation et la formation chez les femmes, et particulièrement dans les domaines des mathématiques, des sciences et de la technologie, portent fruit. Les données tirées du recensement de 1991 indiquent que les femmes et les hommes sont à peu près sur un pied d'égalité en ce qui concerne la réussite scolaire au niveau secondaire. Les femmes ont peut-être encore un peu moins de diplômes universitaires que les hommes, mais le nombre de Canadiennes qui ont fait des études universitaires a augmenté de 86 p. 100 au cours de la dernière décennie, ce qui est impressionnant. Si plus de femmes font des études supérieures, plus de femmes occuperont des emplois bien rémunérés et qui offrent de bons avantages.

Je me réjouis aussi de voir que les gouvernements à tous les niveaux commencent à comprendre l'importance de l'égalité économique des femmes. Mes collègues des provinces et des territoires ont adopté la «Déclaration du Yukon sur l'égalité économique des femmes» à la réunion annuelle de 1992 des ministres responsables de la condition féminine. On reconnaît dans cette déclaration qu'une société prospère a besoin de la participation économique de toutes les femmes, qui doivent être des partenaires, et qu'il faut apprécier et respecter le travail des femmes, rémunéré ou non.

Les jeunes femmes qui ont vu leur mère s'efforcer d'agir en superfemme se préoccupent de l'équilibre entre la carrière future qu'elles envisagent et la famille qu'elles planifient d'avoir. La question des responsabilités familiales et professionnelles doit demeurer au programme national. J'en discuterai de nouveau avec mes collègues des provinces et des territoires en juin, à l'occasion de la 12^e Réunion annuelle des ministres responsables de la condition féminine.

En 1992-1993, Condition féminine Canada a participé à la publication d'un certain nombre de rapports importants sur l'égalité économique des femmes. Dans le cadre d'un projet lancé conjointement avec le ministre de la Justice, nous avons publié un rapport intitulé «Modèle économique pour évaluer la pension alimentaire pour le conjoint». Ce rapport est conçu pour aider les femmes, les avocats et les juges à établir des règlements de divorce plus équitables. Reconnaisant que les femmes sont désavantagées sur le plan économique après avoir quitté la population active pour élever des enfants ou pour assumer d'autres obligations familiales, les tribunaux utilisent déjà le modèle et j'en suis fort heureuse.

Condition féminine Canada a reconnu en outre que la plupart des femmes n'ont pas les moyens de se payer les services d'un économiste pour calculer un règlement équitable. C'est pourquoi nous avons reproduit le modèle du rapport sur une disquette facile à utiliser.

[Text]

Status of Women Canada also issued two other significant reports during the past year: "Expanding Choices: Math and Science Programs for Girls and Women" and "Economic Restructuring in Canada: Developing a Gender-Sensitive Analytical Framework". We've brought along copies for your information.

Canadians are beginning to realize that the unpaid work of women is the underpinning of our economy—hours of work without which the world of paid work probably could not function. I'm extremely pleased that Status of Women Canada and Statistics Canada co-sponsored the First International Conference on the Measurement and Valuation of Unpaid Work last month, and are now collaborating on the development of questions about unpaid work to be included in the 1996 census.

This is the first time such questions will appear in a national census anywhere in the world—an important step, because until we can accurately assess the value of unpaid work performed by both women and men to our economy, we will not have a complete picture of our society and will not be able to make comprehensive decisions about the future of Canada.

Women's History Month: Young women develop self-esteem and pride when they learn about women's contributions to our society. I'm pleased to announce that our new initiative in October last year, Women's History Month, which celebrated the past and present achievements of women, was an enormous success. This year, the theme will be about women's accomplishments in the paid and unpaid workforce.

Status of Women Canada handles this wide range of initiatives in an environment of budgetary restraint. Therefore, we've undertaken an operational review and continue to automate our office—all to help us work more efficiently. At the same time, we want to practise what we preach with regard to a healthy workplace. Our staff-management committee was instituted to ensure that our employees work in an environment conducive to health, safety and a good balance between family and workplace responsibilities.

Status of Women Canada plays a critical role in ensuring that the government's commitment to women's social, legal and economic equality is translated into its policies and programs. SWC is an integral part of Canada's national machinery for the advancement of women—a machinery that is renowned as one of the best in the world.

SWC's liaison with international agencies, with other federal departments, with its counterparts in the provinces and territories and with national women's organizations gives it a unique perspective on issues of concern to women—a perspective that is needed by the federal government to ensure that the futures of the young women of Canada remain bright.

Thank you. I would be pleased to respond to any questions you may have.

[Translation]

Condition féminine Canada a aussi rendu publics deux autres rapports importants au cours de l'année écoulée: «L'éventail des choix: Programmes en mathématiques et en sciences pour les filles et les femmes» et «La restructuration économique au Canada: l'élaboration d'un cadre d'analyse qui tient compte des différences entre les sexes.» Nous en avons apporté des exemplaires à titre d'information.

Les Canadiennes et Canadiens commencent à se rendre compte que notre économie s'appuie sur le travail non rémunéré des femmes—qui font ainsi des heures de travail sans lesquelles le monde du travail rémunéré ne pourrait probablement pas fonctionner. Je suis extrêmement heureuse que Condition féminine Canada et Statistique Canada aient coparrainé la première Conférence internationale sur la mesure et l'évaluation du travail non rémunéré le mois dernier. Les ministères collaborent actuellement à la préparation de questions sur le travail non rémunéré, que l'on joindra au recensement de 1996.

Ce sera la première fois au monde qu'on incorporera de telles questions à un recensement national. Il s'agit là d'une étape importante, parce que tant que nous n'aurons pas évalué avec précision la valeur du travail non rémunéré exécuté tant par les femmes que par les hommes dans l'économie, nous n'aurons pas de vue d'ensemble de la société et nous ne pourrions prendre de décisions complètes sur l'avenir du Canada.

Le mois de l'histoire des femmes: Les jeunes femmes acquièrent estime de soi et fierté lorsqu'elles sont informées de la contribution des femmes dans notre société. Je suis heureuse de souligner le vif succès qu'a remporté la nouvelle initiative que nous avons lancée en octobre dernier, le Mois de l'histoire des femmes, afin de rendre hommage aux réalisations passées et présentes des femmes. Cette année, le thème portera sur les réalisations des femmes comme travailleuses rémunérées et non rémunérées.

Condition féminine Canada se charge de ce large éventail d'initiatives dans un contexte de restrictions budgétaires. C'est pourquoi nous avons entrepris une revue opérationnelle et nous poursuivons aussi nos efforts d'automatisation complète de notre bureau—tout cela, afin de travailler plus efficacement. Par ailleurs, nous devons aussi mettre en pratique ce que nous prêchons en ce qui concerne la santé au travail. Nous avons constitué un Comité syndical-patronal afin de veiller à ce que nos employé(e)s travaillent dans un environnement plus propice à la santé, à la sécurité et à un bon équilibre entre les responsabilités familiales et celles du travail.

Condition féminine Canada joue un rôle crucial en veillant à ce que le gouvernement maintienne, par ses politiques et ses programmes, son engagement envers l'égalité des femmes sur les plans social, juridique et économique. CFC est un rouage intégral du mécanisme national que le Canada a mis sur pied pour l'avancement des femmes: ce mécanisme a la réputation d'être un des meilleurs au monde.

Par la liaison que le ministère assure avec des organismes internationaux, d'autres ministères fédéraux, ses correspondants des provinces et des territoires, et avec des organismes féminins nationaux, CFC a une perspective unique des questions qui intéressent les femmes. Le gouvernement fédéral a besoin de cette perspective pour veiller à ce que l'avenir des jeunes femmes du Canada demeure brillant.

Je vous remercie. Je suis prête à répondre à vos questions.

[Texte]

The Chair: I think we'll get right to the questions because I know you have to be somewhere. I would like to apologize officially for not being here at 4:45 p.m., but another minister was visiting the health and welfare committee and I couldn't get away.

Lynn, would you like to begin?

Ms Hunter (Saanich—Gulf Islands): Thank you very much, Madam Chair. I also would like to welcome the minister. We were both here before.

In the estimates, Status of Women says the department is involved in trying to find ways that workers can integrate work and family responsibilities. We've heard a lot about a national child care program over the years and I'm just wondering where that is in the minister's scheme of things, whether it is ever going to come about.

• 1740

Mrs. Collins: May I first introduce Charlotte Cloutier, the director of policy analysis.

In terms of work and family responsibilities, I was going to read a statement. I think the clerk has copies, so she can circulate it to you. It was an issue I wanted to raise because it is an issue we're hearing a great deal about, working with provincial colleagues and others to find ways to help them handle the combined duty of work and family.

In terms of a national child care program, I think it's fairly clear at this point that we do not plan to proceed at the federal level with implementing any new programs. The costs are such that I just don't see that in the near future. As you know, we do support through the Canada assistance plan, through the tax system, a considerable contribution to child care.

It's interesting as you talk to women and some of the work that's done, that child care in itself is only one part of the issue. We had a really interesting presentation this morning from the vice-president of the Bank of Montreal, Johanne Totta, on their work equality program. They've really taken the concept of work and family and broadened it, and they have implemented within the Bank of Montreal some of the most progressive policies I have come across. I am hoping she can make that presentation to a lot of groups and get other companies—

Ms Hunter: So you don't see a leadership role for government in doing this integration of work and family responsibilities? You're leaving it up to business?

Mrs. Collins: No, we provide a leadership role. In fact, we work very closely with Labour Canada. Through the Conference Board of Canada we have sponsored conferences right across the country over the last two years; in fact, there's one this Wednesday in Toronto at which Louise will be representing me. We've been working through that mechanism with employers, with unions, with institutions to help them develop programs around the concept...we use work and family, but I think it

[Traduction]

La présidence: Je crois que nous passerons immédiatement à la période des questions car je sais que vous avez un rendez-vous. Je tiens à m'excuser de mon retard; en effet je n'ai pas pu être ici à 16h45 car un autre ministre visitait le Comité de la santé et du bien-être social et je n'ai pu m'absenter.

Lynn, voulez-vous commencer?

Mme Hunter (Saanich—Gulf Islands): Merci beaucoup, madame la présidente. Je tiens à souhaiter la bienvenue à la ministre. Nous nous sommes déjà rencontrées lors d'une réunion du comité.

Dans le budget des dépenses, Condition féminine Canada précise que le ministère essaie de trouver des moyens qui permettront aux travailleurs d'intégrer travail et responsabilités familiales. Il a beaucoup été question, au cours des années, d'un programme national de garde d'enfants: ce programme est-il du nombre des projets de la ministre? A-t-il une chance de jamais voir le jour?

Mme Collins: Permettez-moi tout d'abord de vous présenter Charlotte Cloutier, directrice, Division du développement des politiques.

J'allais justement lire une déclaration sur la question du travail et des responsabilités familiales, déclaration dont j'ai remis des exemplaires au greffier, qui va les distribuer. C'est une question dont je tenais à parler, parce qu'elle fait l'objet de tant de discussions et parce qu'en collaboration avec mes collègues des provinces et avec d'autres instances intéressées nous essayons de trouver moyen d'aider les femmes à conjuguer leurs devoirs professionnels et familiaux.

En ce qui concerne un programme national de garde d'enfants, il apparaît clairement, à ce stade, qu'aucun nouveau programme ne sera mis sur pied par le gouvernement fédéral car les coûts d'un tel programme seraient si élevés que je n'en vois pas la réalisation dans un avenir proche. En revanche, vous ne l'ignorez pas, nous apportons une aide considérable à la garde des enfants par le biais du Régime d'assistance publique et du régime fiscal.

Et il est intéressant de constater, à la suite d'entretiens avec les femmes sur certaines mesures qui ont été prises, que la garde des enfants ne constitue, en soi, qu'une partie du problème. C'est ainsi que nous avons entendu ce matin un exposé passionnant de M^{me} Joanne Tata, vice-présidente de la Banque de Montréal, sur le Programme d'égalité dans l'emploi mis sur pied par cette Banque. Dans ce programme, les notions de travail et de famille ont été élargies et certaines des politiques les plus progressives qu'il m'ait été donné de voir ont été appliquées. J'espère que M^{me} Tata pourra parler de cette réalisation à un grand nombre de groupes et amener d'autres sociétés. . .

Mme Hunter: Dans cette intégration des responsabilités professionnelles et familiales vous n'envisagez donc pas de rôle clé pour le gouvernement? Vous vous en remettez aux entreprises?

Mme Collins: Non, nous jouons au contraire un rôle prépondérant et collaborons étroitement avec Main d'oeuvre Canada. Par l'entremise du Conference Board of Canada nous avons parrainé, au cours des deux dernières années, des conférences dans tout le pays, dont une à Toronto, mercredi prochain, à laquelle Louise nous représentera. Nous avons exercé une certaine influence, par ce biais, auprès des employeurs, des syndicats et des établissements pour les aider à

[Text]

should be broader than that. It's not, as we see it, only a matter of providing for flexibility in working hours and different work-sharing and these kinds of things. It's really integrating the concept fully into the organization and making it a requirement of job performance, getting the commitment from senior management so that it becomes part of the culture of the organization.

We've been quite actively involved in trying to spread the word and show by example good experiences someone may have had and get that transferred. I've attended some of those meetings in British Columbia that we've had, and I think it's been very helpful to the participants.

Ms Hunter: The second question I have relates to disabled women. Nowhere in the estimates are they mentioned. As you know, the office of the Disabled Women's Network has had to shut down because of lack of funds. I believe last year they received about \$100,000 to operate, but because of cuts they've had to shut down. Yet the Canadian Manufacturers' Association has received a grant of \$500,000. At a time of restraint, this seems to be targeting those most vulnerable in our society—not just vulnerable fiscally, but physically vulnerable. We know the statistics on disabled women and they're most vulnerable to sexual assault and job discrimination. I wonder how you can reconcile the government's giving a grant of \$500,000 to the Canadian Manufacturers' Association, which represents the cream of Canadian business, and cutting assistance to the Disabled Women's Network.

● 1745

Mrs. Collins: As I understand it, DAWN has not closed its office; that is not what has happened. I received a letter from them concerned about the contribution they get from the women's program of Secretary of State, so we were certainly in touch with the women's program of Secretary of State. Of course, the total program has been reduced. You might want to discuss it with Minister Landry, but I'm not sure if all the allocations have finally been made for this year and just how that's going to be administered. They will still be getting funding from Secretary of State, the women's program, and my understanding is that they have not shut down nor were they going to.

In terms of other programs, I don't know what program the Canadian manufacturing would be under. It's not through Status of Women or the women's program. It must be something—

Ms Hunter: I'm well aware of that. It's just that we're looking at the priorities of the government.

Much attention has been focused on the issue of violence against women. Women's organizations have put violence against women on the public agenda and have done a lot of education on this issue. In my own community there was

[Translation]

mettre en place des programmes axés sur la notion... nous parlons de travail et famille, mais en réalité il s'agit d'une notion plus vaste que cela. Il ne s'agit pas seulement de rendre plus souples les heures de travail, de prévoir le partage du travail et autres aménagements; il s'agit en réalité d'intégrer pleinement cette notion dans l'organisation du travail, d'en faire une condition de performance de l'emploi et d'emporter l'adhésion des cadres supérieurs afin que l'organisation toute entière en soit imprégnée.

Nous avons donc déployé tous nos efforts pour répandre cette notion et montrer par des exemples tout le bien qui peut en découler et encourager la diffusion de cette idée. J'ai assisté à certaines des réunions que nous avons organisées en Colombie-Britannique, et j'ai pu constater combien elles avaient été utiles aux participants.

Mme Hunter: Ma seconde question porte sur les femmes handicapées, qui ne figurent nulle part dans votre budget. Vous savez certainement que le bureau Action-femmes handicapées a dû fermer ses portes faute de fonds; l'an dernier ce bureau avait reçu, si je ne me trompe, une subvention de 100 000\$, mais il n'empêche que l'Association des manufacturiers canadiens a obtenu une subvention de 500 000\$. En période d'austérité il semblerait que l'on s'acharne sur ceux, dans notre société, qui sont vulnérables à un double titre, fiscal et aussi physique. Des statistiques sur les femmes handicapées révèlent qu'elles sont les plus vulnérables aux agressions sexuelles et à la discrimination dans l'emploi. Comment pouvez-vous alors justifier une subvention de 500 000\$ que le gouvernement accorde à l'Association des manufacturiers canadiens, les nantis du monde des affaires, et supprimer toute aide au bureau Action-Femmes handicapées?

Mme Collins: À ma connaissance, Action-femmes handicapées n'a pas fermé ses portes, ce n'est pas ce qui est arrivé. Cet organisme m'a adressé une lettre concernant la subvention que lui octroie la Direction des programmes de promotion de la femme, du Secrétariat d'État, et nous sommes indubitablement en contact avec cette Direction. C'est le budget total qui a été réduit. Vous voudrez peut-être en discuter avec la ministre Landry, mais je ne suis pas sûre si et comment les affectations de fonds ont été faites pour cette année. Ce Bureau continuera à être financé par le Secrétariat d'État, par la Direction des programmes de promotion de la femme et à ma connaissance il continuera à exister.

En ce qui concerne les autres programmes, je ne sais pas quel est celui dont relève l'Association des manufacturiers canadiens, mais ce n'est ni par la Condition féminine, ni par la Direction des programmes de promotion de la femme. C'est probablement... .

Mme Hunter: Je le sais bien, je m'interroge plutôt sur les priorités du gouvernement.

Il a beaucoup été question de la violence faite aux femmes. Les organisations féminines ont placé ce problème au centre de leur combat et ont considérablement sensibilisé le public à cette question. Tout récemment, dans ma propre localité, il y a eu

[Texte]

recently a conference on the stalking situation. These are done very cost-effectively. They provide the services and education, mainly with volunteer labour, but they need money for operating costs. They are also subject to the cuts and reductions that all governments having the 10% reduction this year. . .

My question relates to your impact. . .with the Minister of Justice and the mandatory education for police officers and judges. We've had some very disturbing incidents of lack of knowledge and outright discrimination against women when police officers and judges are dealing with cases of violence against women.

Mrs. Collins: I agree with you. There's a tremendous amount of grassroots work being done across the country on the issue of violence against women, and a lot of support is being provided through the family violence program and through the Secretary of State. They are the two mechanisms by which small amounts of funding are made available for a whole range of activities. I visited a lot of groups involved in that. The Canadian panel, when they report—hoping to receive that later in June—I think that is also going to help provide some of the tools required for communities to deal with the issue.

In terms of police forces, the RCMP, which is within federal jurisdiction, does have programs dealing with. . . I'm not sure what they call it, but I know because I've discussed this with my colleague Doug Lewis. They've been very proactive through the RCMP in programs at both the training level and other levels.

In terms of other police forces, they don't really come under federal jurisdiction. They come under. . .well, it depends—municipal or provincial attorneys general. It is certainly an issue we have discussed at the federal-provincial-territorial ministers' meeting.

I recently wrote, I'm not sure if it was every police force or not, but it was sure a lot of them—an awful lot of letters to police forces on a number of issues relating. . . One of the issues was specifically to try to ensure that where a police officer himself or herself had been involved in a situation of domestic violence, they would not be allowed to continue to investigate cases related to domestic violence. I've had a lot of replies and it has been interesting to see the development of policies by police forces right across the country. Obviously, it really increased awareness.

Ms Hunter: What about mandatory education for judges?

Mrs. Collins: That's been a really interesting issue. I've dealt with Judge Campbell from B.C. on the Western Judicial Education Centre, which I think is the leading organization providing education for judges on gender issues and racial issues. I've been at one of their programs, at least. If you made it mandatory, would that improve the situation? It was his opinion when I talked to him at one point and others. . .with judges, you can force them to water but you can't make them drink. If you force them to do something it's almost counter-productive. The way of doing it is to get someone they respect within the judiciary who is involved and goes to the courses. Then they spread the word and get people to come to it.

[Traduction]

une conférence sur le harcèlement criminel. Ces conférences qui sont organisées sans engager de grands frais, assurent les services et les renseignements, surtout grâce à des bénévoles mais il leur faut de l'argent pour subsister. Elles ont par ailleurs été durement touchées par les compressions et réductions de 10 p. 100 qui touchent toutes les instances gouvernementales cette année. . .

Ma question a trait à votre influence auprès du. . . ministère de la Justice et l'éducation obligatoire pour les agents de police et les juges. En effet, lorsque ces derniers ont eu à traiter de cas de violence contre les femmes, il y a eu des incidents scandaleux imputables au manque de connaissances ou à la discrimination contre les femmes.

Mme Collins: Je suis d'accord avec vous. Dans tout le pays on constate des activités à la base sur la question de la violence contre les femmes, activités qui sont soutenues, en grande partie, par le programme sur la violence familiale et par le Secrétariat d'État. Ce sont là les deux organismes qui sont à même de dégager des montants modestes de financement pour toute une série d'activités. J'ai visité un grand nombre de groupes qui y participent. Le rapport du Comité canadien sur la question, qui doit être déposé vers la fin du mois de juin, servira également, je l'espère, à nous fournir certains des outils dont les collectivités ont besoin pour traiter de ce problème.

Quant à la police, la GRC, qui relève de la compétence fédérale, a des programmes portant sur. . . Je ne suis pas sûre de leur titre, mais j'en ai discuté avec mon collègue Doug Lewis. Une grande activité est déployée dans ce domaine par la GRC, pour mettre en oeuvre des programmes de formation et autres.

Les autres corps de police ne relèvent pas réellement de la compétence fédérale mais, selon le cas, des pouvoirs municipaux ou du solliciteur général de la province. C'est une question dont nous avons discuté lors de la réunion des ministres des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

J'ai récemment adressé un tas de lettres sur plusieurs questions liées à. . . pas tous mais un grand nombre de corps de police. L'un des objectifs est d'éviter qu'un agent de police qui lui-même s'est trouvé dans une situation de violence familiale soit autorisé à encore faire des enquêtes sur des cas de ce genre. J'ai reçu un grand nombre de réponses et constaté, avec intérêt, la mise en place de politiques par les corps de police de tout le pays. C'est une question que désormais ils prennent davantage à coeur.

Mme Hunter: Qu'en est-il de la formation obligatoire pour les juges?

Mme Collins: C'est là une question fort intéressante. J'en ai parlé avec le juge Campbell de Colombie-Britannique, qui siège au Western Canadian Judicial Centre, organisation qui est à la pointe du combat pour assurer la formation des juges en matière de questions raciales et relatives aux rôles de la gent masculine et de la gent féminine. J'ai assisté à l'un de ces cours; s'ils étaient rendus obligatoires, la situation s'en trouverait-elle améliorée? Le juge Campbell, lorsque j'ai évoqué cette possibilité, m'a fait remarquer qu'on ne fait pas boire un cheval qui n'a pas soif et qu'à vouloir forcer les choses on ne réussit souvent qu'à obtenir le contraire de ce que l'on recherchait. La meilleure façon de s'y prendre, c'est d'amener des personnalités éminentes de la magistrature à suivre ces cours, à répandre la bonne parole et à attirer les gens.

[Text]

[Translation]

• 1750

Ms Hunter: Did the panel not recommend in its interim report a mandatory education for judges?

Mme Hunter: Le comité n'a-t-il pas recommandé, dans son rapport provisoire, une formation obligatoire pour les juges?

The Chair: Our committee recommended. . .

La présidence: Notre comité a recommandé. . .

Mrs. Collins: It's a very touchy issue because for the judiciary, independence is so critical in their minds. For the government to be telling judges what to do is kind of anathema in our society. We have to continue to find ways through the National Judicial Institute and groups like the Western Judicial Education Centre to involve judges at all levels in these programs. Even with the programs, there are some people you will probably never change. I think they're getting a lot of success certainly with the younger judges, and as we get more women on the bench, hopefully that will change things. I imagine there is a small minority—and I think it really is a minority—of judges whose attitudes, even with education, are probably not going to change.

Mme Collins: C'est une question très délicate parce que la magistrature est très chatouilleuse quant à son indépendance. Dans notre société il ne convient absolument pas que le gouvernement donne des ordres aux juges. Nous devons continuer à chercher moyen, par le biais du Centre canadien de la magistrature et par des groupes comme le Western Canadian Judicial Centre, d'atteindre les juges à tous les niveaux. Malgré tout cela il y a des gens que vous ne changerez sans doute jamais. Le plus prometteur, c'est le renouvellement des juges qui seront remplacés par une nouvelle génération et aussi le fait que parmi les magistrats il y aura de plus en plus de femmes mais certains juges—je suis persuadée qu'il ne s'agit que d'une minorité—, avec la meilleure éducation du monde, ne changeront jamais d'attitude.

Ms Hunter: Regarding child support taxation, as you know, currently a woman receiving child support must pay taxes on it, while the man paying it can deduct it. This has exacerbated the poverty of lone parent families headed by women, two-thirds of which are living in poverty. When can we see a change in policy from the government that will stop the special tax subsidies for higher-income, divorced men? We know the statistics. When men divorce and leave the family, their standard of living goes up, whereas for women who support children, their standard of living goes down.

Mme Hunter: Parlons maintenant de l'imposition de la pension alimentaire: à l'heure actuelle, une femme qui touche une pension alimentaire doit verser des impôts dessus, alors que l'homme qui la verse peut la déduire de ses revenus. Cette mesure a contribué à accroître la pauvreté des familles monoparentales dont la mère est le chef, deux tiers de ces familles vivant en fait dans la pauvreté. Alors, quand le gouvernement introduira-t-il une mesure qui mettra fin aux dégrèvements fiscaux des hommes divorcés à hauts revenus? Les statistiques sont en effet éloquentes: les hommes qui divorcent et abandonnent leur famille voient leur niveau de vie augmenté, alors que les femmes qui élèvent leurs enfants voient baisser leur niveau de vie.

Mrs. Collins: It's not as simple as just changing the system. We've looked at the models. Just not to allow a deduction of the payer does not necessarily provide the benefit we're all seeking: to provide better support to children in those situations. It would be of benefit to the government in that it would give us—what is it?—\$250 million or something in more taxes.

Mme Collins: La solution n'est pas si simple, et nous avons examiné les diverses possibilités. Ce n'est pas en empêchant celui qui verse une pension alimentaire de bénéficier d'une déduction fiscale que l'on parviendra nécessairement à atteindre l'objectif que nous recherchons tous, à savoir améliorer la situation des enfants en question. Ce serait à l'avantage du gouvernement qui en tirerait, si je ne me trompe, 250 millions de dollars de plus en impôts.

We've looked at all sorts of alternative models. We have one person on our staff at Status of Women who has done a lot of work in this area. I don't think we have come up with the best way of doing it at this stage. It seems like each time you develop a model there are problems with it. I know your chair has done work on it and some of my colleagues have as well.

Nous avons examiné toutes sortes d'autres options, l'une des employées de Condition féminine a étudié à fond cette question mais je ne crois pas que nous ayons trouvé la solution idéale. Chaque option est assortie de difficultés. Je sais que votre président a examiné cette question, ainsi que certains de mes collègues.

One thing we have done is to develop a model for spousal support which has received a lot of very good reaction. We've made that available both in written form and on a computer diskette to be used by lawyers in helping their clients determine appropriate spousal support, taking into consideration the tax. In the ideal world that's the way it should be: the payments made by the payer are grossed up to take into account any income tax that may be paid. That is on the positive side. There is a case in the courts now dealing with this issue. I don't know what they will determine. Our analysis is that just to change the present system isn't going to solve the problem.

Mais nous avons préparé un modèle de pension alimentaire versée à un conjoint qui a été très bien accueilli. Nous avons diffusé ce modèle sous forme imprimée et sur disquette d'ordinateur à l'intention des avocats qui doivent aider leurs clients à déterminer une pension alimentaire suffisante, en tenant compte de l'impôt. Si le monde était parfait, c'est ainsi que les choses devraient être: les versements au conjoint devraient être augmentés pour tenir compte de l'impôt à acquitter. Ce serait là la bonne solution. À l'heure actuelle une affaire de ce genre a été portée devant le tribunal, qui n'a pas encore fait connaître sa décision. Mais, d'après notre analyse, il ne suffit pas de changer le système actuel pour résoudre tout le problème.

[Texte]

Ms Hunter: That's not what I'm suggesting. I'm also suggesting that the tax form be changed so that the actual cost of raising a child is taken into consideration.

Mrs. Collins: That's what we're looking at. That would be a worthy approach.

Ms Hunter: It doesn't reflect...the deductions nowhere reflect...

My final question regards NAFTA. I know that Status of Women is supposed to examine federal policy for its impact on women. I'm wondering if your department has examined the impact of the North American Free Trade Agreement on women. The free trade agreement has led particularly to garment factory shut-downs and downsizing in Canada, and the rise in home working in the major cities. This is where piece-work is done. Has Status of Women Canada done any analysis on the effect of the free trade agreement on women's jobs, particularly those at the lower end of the economic spectrum?

Mrs. Collins: I don't know if we have done any in-depth work. We are a very small agency of 50 people and I'm not sure we have the expertise or the person power to do that. We've had a cursory look at it and I guess we can see some of the opposite potential in terms of creating opportunities for trade with Mexico that can help small- and medium-sized businesses.

• 1755

When I was in Mexico recently involved with trade missions, quite a few small companies we had down there were women-led companies looking for new opportunities to expand their operations into that market. We see some real benefits for women and men out of NAFTA. I don't think we have identified any gender-specific features of NAFTA that would cause us concern.

Mme Venne (Saint-Hubert): Madame la ministre, vous avez dû voir ce matin dans les journaux le rapport de 1993 de l'ONU sur le développement humain et la qualité de vie, qui nous dit que le Canada figure parmi les pays qui se classent le moins bien au chapitre de la qualité de vie lorsqu'on tient compte du traitement qui y est réservé aux femmes.

Avec un énoncé comme celui-là, il est vraiment primordial de se demander ce que votre gouvernement a l'intention de faire pour compenser le fait que le programme Promotion de la femme a subi des coupures énormes. Évidemment, je sais que ce programme relève du Secrétariat d'État, mais je parle du gouvernement fédéral en général, de sa responsabilité sociale d'améliorer la condition des femmes. Qu'avez-vous l'intention de faire pour que les groupes qui n'auront plus de fonds puissent continuer de s'occuper des enfants et des femmes battus, de la formation et de la recherche chez les femmes, etc.?

Je ne veux pas qu'on s'éternise sur le fait que c'est le Secrétariat d'État qui s'occupe du programme Promotion de la femme car je le sais, bien que je croie, et vous pourriez peut-être m'aider à cet égard, qu'il devrait être intégré à votre ministère. Je ne comprends pas du tout pourquoi on a dédoublé ce service-là puisque c'est vraiment la condition féminine qui est en cause dans ce cas.

[Traduction]

Mme Hunter: Ce n'est pas ce que je propose. Je propose par ailleurs de changer la formule d'impôt afin de tenir compte du coût réel d'entretien et d'éducation d'un enfant.

Mme Collins: Ce serait en effet souhaitable, et nous examinons cette question.

Mme Hunter: Il n'est pas tenu compte...ils ne tiennent nulle part compte...

Ma dernière question porte sur l'ALÉNA. Je sais que la Condition féminine est censée examiner la politique fédérale et ses répercussions sur les femmes. Votre ministère a-t-il examiné les incidences, sur les femmes, de l'Accord de libre-échange nord-américain? Cet accord a entraîné, entre autres, la fermeture ou la réduction d'effectifs du secteur de l'habillement au Canada et l'augmentation du travail à domicile, donc du travail à la pièce, dans les grandes villes du pays. Est-ce que Condition féminine a procédé à une analyse sur les incidences de l'Accord de libre-échange sur les emplois féminins, en particulier ceux du bas de l'échelle?

Mme Collins: Je ne sais pas si nous avons fait une étude approfondie. En effet, nous ne sommes qu'un petit organisme d'une cinquantaine de personnes et je ne crois pas que nous ayons le personnel ou les connaissances spécialisées pour le faire. Un examen superficiel de la question nous a toutefois permis de voir le bon côté de la question, à savoir les débouchés qu'offre le Mexique et qui pourront bénéficier aux petites et moyennes entreprises.

Quand je me suis rendue au Mexique récemment dans le cadre de ma participation à certaines missions commerciales, j'ai pu constater que bon nombre de petites entreprises canadiennes qui se sont installées là-bas étaient des sociétés dirigées par des femmes qui cherchaient de nouvelles occasions d'affaires dans ce marché. Nous pensons que les femmes et les hommes pourront profiter d'avantages réels qui seront dûs à l'ALÉNA. Nous n'avons pas identifié, je pense, de caractéristiques de l'ALÉNA qui puissent avoir des effets sur un des deux sexes en particulier et qui auraient mérité notre attention.

Mrs. Venne (Saint-Hubert): Madam Minister, you probably saw articles in this morning's papers on the United Nations' 1993 report on human development and the quality of life, according to which Canada comes close to last on the issue of quality of life if one includes the treatment of women in the countries considered.

A statement like that one makes it clear that it is imperative to ask your government what it intends to do to compensate the enormous cuts to the women's programs. Of course, I know that this program comes under the Secretary of State Department, but I am referring to the federal government as a whole and to the social responsibility it has to improve the status of women. What do you intend to do to make sure that the groups who will no longer be receiving funds will be able to continue to care for children and battered women, to provide training and conduct research on women's issues, etc?

Please do not linger too long on the fact that it is the Secretary of State Department that is responsible for the women's program, as I already know that, even though I believe—and perhaps you can help me in this regard—that it should be included in your department. I do not understand why this service has been duplicated because the status of women is really what is at issue in that program.

[Text]

Donc, qu'avez-vous l'intention de faire pour que l'an prochain, dans son rapport, l'ONU ne place pas encore le Canada en première place au niveau de la mauvaise qualité de vie des femmes?

Mrs. Collins: I am sorry my French is not fluent enough to be able to respond. It is one of my great failings.

I have a couple of points on the UN human index agenda. We really welcome that. I think it's a very important step forward, although it's in its early years of developing the methodology. One of the difficulties with it is that it uses information that's provided or that they get that's not always comparable from one country to another, nor up to date. This year's report is based on stats from Canada that go back to 1988, I think. They don't take into account the 1991 census figures, where there were some very important improvements that show the improvements women have made in our country.

There are two issues from this year's report where it appears as though we are not doing as well. One is labour force participation and the other is the wage gap. If you look at labour force participation for women, the 1991 census shows quite a dramatic increase. We go up to 45% compared to only 36% from the previous figures. The wage gap goes up to 70%. If they had used the most current figures, we would have certainly improved our position.

The other area is education. Again, the most recent census data show a remarkable improvement, an 86% improvement of women going on to post-secondary education in Canada. That's quite a dramatic change. In fact, we're now almost the same as for men. When you start to look at some of those factors, I anticipate that when they do the report next year which will take into account the new figures, our position should certainly be improved.

• 1800

I think there are some other issues there. I don't think labour force participation is necessarily the factor that talks the most eloquently about women's equality. You could have a huge percentage of women in the labour force but you don't necessarily have all the social and political equality issues we have in Canada. I don't think this gender index takes into account a lot of the things we almost take for granted in Canada in terms of, say, political participation, things they don't look at. If you were really going to look at the situation, I think Canada is well ahead of the game.

[Translation]

So, what do you intend to do to stop Canada from coming last, because of the poor quality of life of its female citizens, in the UN's report next year?

Mme Collins: Je m'excuse de ne pas parler le français assez couramment pour pouvoir vous répondre dans cette langue. C'est une de mes grandes faiblesses.

Je tiens à dire une chose ou deux à propos du rapport de l'ONU sur le développement humain et la qualité de vie. C'est un rapport que nous accueillons à bras ouverts. Je pense que l'indice mis au point par l'ONU représente un important pas en avant, bien qu'on n'ait encore passé que quelques années à mettre au point sa méthodologie. L'une des difficultés que présente cette méthodologie, c'est que ces gens-là utilisent les renseignements qu'on leur fournit ou qu'ils obtiennent et qui ne sont pas toujours comparables d'un pays à l'autre, ni nécessairement à jour. Le rapport, de cette année utilise des statistiques canadiennes qui remontent à 1988, je pense. Il ne tient pas compte des chiffres du recensement de 1991 qui reflètent les progrès très importants des femmes dans notre pays.

Il y a deux domaines, d'après le rapport de cette année, où nous faisons plutôt piètre figure. Il s'agit dans le premier cas de la participation des femmes à la force active et dans l'autre de l'écart entre la rémunération des hommes et celle des femmes. Pour ce qui est de la participation des femmes à la main-d'oeuvre, les chiffres du recensement de 1991 montrent qu'il y a eu une augmentation spectaculaire. Le taux de participation est passé de 36 p. 100, selon les chiffres précédents, à 45 p. 100. Quant à l'écart salarial, il y a aussi eu une amélioration à cet égard, car les femmes gagnent maintenant 70 p. 100 de ce que gagnent les hommes. Si l'ONU avait utilisé les chiffres les plus récents, nous aurions certainement amélioré notre position.

L'éducation est un autre domaine dont il est question. Encore une fois, les données tirées du recensement le plus récent montrent qu'il y a eu une amélioration remarquable; le nombre de femmes qui accèdent à l'éducation post-secondaire au Canada a augmenté de 86 p. 100. C'est un changement remarquable. De fait, il y a maintenant pratiquement autant de femmes que d'hommes qui font des études post-secondaires. Ces facteurs me portent à penser que notre position va certainement s'améliorer dans le rapport de l'an prochain, où l'on tiendra compte de ces nouvelles données statistiques.

Je pense qu'il y a, de fait, d'autres facteurs dont il faut tenir compte. Je ne pense pas que ce soit le taux de participation des femmes à la force active qui soit le facteur qui décrive de la façon la plus éloquente l'égalité de la femme, ou son absence. Vous pourriez, tout en ayant un taux très élevé de femmes au sein de la force active, ne pas avoir tous les facteurs sociaux et politiques qui contribuent à l'égalité de la femme ici au Canada. Je pense qu'on ne tient pas compte, pour compiler cet indice, de nombreuses choses que nous tenons pratiquement pour acquies au Canada comme, par exemple, la participation politique, entre autres choses qui ne sont pas considérées. Je pense que si l'on regardait vraiment la situation en profondeur, il faudrait conclure que le Canada a plusieurs longueurs d'avance.

[Texte]

When I travel internationally or go to conferences, people look to Canada as being a role model in terms of women's activities, women's participation in so many different areas of society. I would not use the UN index as the only factor or the only way of looking at women's equality.

In response to your second question on the women's program, it's an interesting point as to why it was in Secretary of State. It was established there when it was started 12 or 15 years ago—

A voice: It was 20 years ago.

Mrs. Collins: Is the women's program that old? I guess it was even before Status of Women was created. We don't administer programs so we don't have staff. We don't have people out in the field or anything. It could be done, but it has always remained there.

If you track the women's program over the years, in the last decade it has increased dramatically. I looked at the figures the other day and even when I adjusted them for inflation, it has dramatically increased from what it was 10 years ago. We're all having to reduce expenditures throughout government to meet deficit targets, but that is one program that has probably increased more than many others the government provides.

Mme Venne: Vous me dites que les statistiques utilisées par l'ONU dans son rapport ne sont pas tout à fait récentes, mais il est reconnu partout que cela ne nous donne pas des femmes qui ont des emplois de cadres, qui travaillent dans l'administration publique, qui ont des postes clés. Cela, on le sait. Il y a certainement eu des améliorations depuis les années 50, mais on est très, très loin de ce qu'on pourrait avoir.

J'ai une dernière question sur le Comité canadien sur la violence faite aux femmes qui a un budget de 11,4 millions de dollars et 21 employés. Quand aurons-nous son rapport final? Quand pourrions-nous travailler là-dessus? Je trouve que ce rapport se fait attendre grandement.

Mrs. Collins: That's right.

Mme Venne: Qu'on nous donne un autre rapport intérimaire ou n'importe quoi d'autre. Il nous faut quelque chose qui nous donne un indice.

Mrs. Collins: No.

Mme Venne: On veut savoir où cela s'en va.

Mrs. Collins: In June. I met with the co-chairs fairly recently to get an update. I gather part of it is at the printers. They are just doing basically the production. They haven't given me a firm date yet, but before the end of June.

They will have not only their report but a number of ancillary documents they have worked on, including a community kit they have developed. I've spoken about this before. Although I haven't seen it yet, from what I understand, it is a hands-on kit that can be used by communities to develop their own action plans with respect to dealing with violence against women at a community level.

[Traduction]

Quand je voyage à l'étranger ou que je me rends à des conférences, je constate que le Canada est considéré comme un modèle pour ce qui est de la participation de la femme aux divers secteurs d'activité de notre société. Selon moi, cet indice des Nations Unies n'est pas le seul facteur dont il faut tenir compte, ni la seule façon de jauger l'égalité de la femme.

Pour répondre à votre deuxième question à propos du programme de promotion de la femme, c'est vrai qu'il est intéressant de se demander pourquoi il relève du secrétariat d'État. Il a été rattaché à ce ministère quand il a été créé il y a 12 ou 15 ans. . .

Une voix: Il a été créé il y a 20 ans.

Mme Collins: Ce programme remonte-t-il jusque là? Je suppose qu'il a même été créé avant le ministère de la Condition féminine. Nous n'administrons aucun programme et nous n'avons donc pas de personnel. Nous n'avons aucun représentant dans les régions, ni rien de tel. Sans doute pourrait-on rattacher le programme de promotion de la femme à Condition féminine Canada, mais cela ne s'est pas fait jusqu'à maintenant.

Si vous regardez l'évolution du programme de promotion de la femme sur un certain nombre d'années, vous constaterez qu'au cours de la dernière décennie il a connu une expansion spectaculaire. J'ai regardé les chiffres l'autre jour et même après les avoir corrigés pour tenir compte de l'inflation, l'augmentation était remarquable par rapport aux chiffres d'il y a 10 ans. Tous les ministères doivent réduire leurs dépenses pour aider à réduire le déficit, mais ce programme a sans doute connu une expansion plus considérable que de nombreux autres programmes gouvernementaux.

Ms Venne: You tell me that the statistics used by the UN to prepare its report are not the most recent, but even if they were, everyone recognizes that women are under-represented in the management positions in public administration, in key positions everywhere. That is a well-known fact. There have certainly been improvements since the 50s, but we are still a long way from achieving what could be achieved.

I have one last question, on the Canadian Panel on Violence Against Women, which has a budget of \$11.4 million and 21 employees. When will its final report be made available to us? When will we be able to work on it? It seems to me that this report has been a long time coming.

Mme Collins: C'est exact.

Ms Venne: Let them give us another interim report, or anything at all. We need something that will give us some idea of the results.

Mme Collins: Non.

Ms Venne: We want to know what is happening.

Mme Collins: Le rapport sera disponible en juin. J'ai rencontré les coprésidentes récemment pour obtenir une mise à jour. Une partie du rapport est chez l'imprimeur, semble-t-il, à la phase de la production, essentiellement. Le comité ne m'a pas encore donné de date ferme, mais on me dit que le rapport sera prêt avant la fin de juin.

Il n'y aura pas que le rapport du comité mais aussi un certain nombre de documents connexes qu'elles ont préparé, y compris une trousse communautaire. J'en ai déjà parlé. Bien que je ne l'ai pas encore vue, d'après ce que j'en sais, c'est une trousse qui fait appel à une participation très concrète et que les communautés peuvent utiliser pour élaborer leurs propres plans d'action pour enrayer la violence contre les femmes au niveau communautaire.

[Text]

As I have met with women's groups, I was just up with a group in my own riding last week and we were talking about this. They were saying that's the kind of thing they need; they have to find ways of bringing everybody—the police, the municipality and all the different actors—together and then develop a plan. I think the work the panel has done will really help communities do that, in addition to the other broader recommendations I know they are going to be bringing forward.

From what I understand, they are going to be dealing with violence as a systemic issue, making some pretty broad recommendations, I anticipate, of systemic changes within institutions. It will hopefully be almost a landmark, because we had the Royal Commission on the Status of Women 20 years ago. When it came out a lot of people wondered what the recommendations meant. We'll probably get the same reaction now, but it will be very forward-looking in terms of where we need to go from here.

• 1805

The Chair: I know your time is limited, but I wanted to ask about the statistics Pierrette was asking about. Do you know if they are pre-tax or post-tax?

In our poverty committee, which is doing this notorious study of poverty measures, one of the things that struck us with the poverty lines was that they were using pre-tax figures, which means you're not deducting the higher taxes that higher-income people pay and you're not including the transfers that occur in the tax system. We know that the tax transfers plus government transfers change the ratio of the poor from 20:1 to 5:1, and we know that tax transfers are a major instrument of government to address inequities. I'm just wondering if the stats being used here as... the international statistics are also using relative measures that just look at gross incomes in Canada and talk about poverty that way. Are they doing the same thing with women's wages?

The other thing is that in Canada, being a very large and diverse place, we have all kinds of economies, just like the United States. We have Toronto figures with an economy that is a much lower-wage economy. Montreal has lower wages on average than Toronto, but the standard of living you can buy in Montreal for the same amount of money is higher than what you can buy in Toronto, and it's the same with Vancouver. I'm wondering if they're doing the same thing, bad-mouthing us internationally, using gross statistics as opposed to net.

Mrs. Collins: I don't know, Barbara. I just checked with my staff and no one seems to know.

The Chair: I wonder if you could check into that.

Mrs. Collins: They would be using published statistics of some kind.

[Translation]

J'ai rencontré divers groupes de femmes, dont un groupe dans ma propre circonscription la semaine dernière, et nous en avons parlé avec elles. Elles m'ont dit que c'est exactement le genre de choses qu'il leur faut; il faut trouver le moyen de réunir tous les intervenants—la police, la municipalité et tous ceux qui ont un rôle à jouer—pour les amener à travailler de concert à l'élaboration d'un plan. Je pense que cette trousse mise au point par le comité sera vraiment utile aux communautés qui veulent préparer leur propre plan d'action collective, et cela viendra s'ajouter aux autres recommandations plus larges qu'elles vont bientôt nous soumettre.

D'après ce que j'ai pu comprendre, le rapport du comité traitera de la violence en tant que problème systémique et contiendra des recommandations substantielles qui porteront, je pense, sur les changements d'envergure systémique que nous devons apporter à nos institutions. Ce rapport constituera, nous l'espérons, un jalon important, puisque la Commission royale sur le statut de la femme a complété ses travaux il y a 20 ans. Quand son rapport a été publié, beaucoup de gens se demandaient ce que signifiaient ces recommandations. Sans doute ce nouveau rapport suscitera-t-il ces mêmes réactions, mais il tracera l'itinéraire du chemin à suivre pour les progrès à venir.

La présidence: Je sais que vous ne pouvez passer qu'un certain temps avec nous, mais je voudrais revenir sur les statistiques que citait Pierrette. Est-ce du revenu brut ou du revenu net dont il s'agit?

Notre comité sur la pauvreté, qui effectue cette étude de la pauvreté, étude devenue tristement célèbre—a été frappé par le fait que pour rétablir le seuil de la pauvreté on utilise les revenus bruts, ce qui signifie qu'on ne déduit pas les impôts plus élevés que payent les personnes à revenu élevé et qu'on n'inclut pas les transferts qui se font dans le cadre du régime fiscal. Nous savons que les transferts fiscaux et les transferts gouvernementaux modifient la proportion de citoyens qui tombent sous le seuil de la pauvreté, vu que le rapport passe de 20:1 à 5:1, et nous savons que les transferts fiscaux sont l'un des outils les plus importants dont dispose le gouvernement pour mettre fin aux injustices. Donc, ce que je me demande, c'est si les statistiques qu'on a utilisé... les statistiques internationales, ne tiennent compte elles aussi que du revenu brut au Canada pour définir la pauvreté, ce qui ne permet de brosser qu'un tableau relatif de la situation. Font-ils la même chose pour ce qui est de la rémunération des femmes?

Deuxièmement, au Canada, un pays très grand et très divers, nous avons toutes sortes d'économies, comme aux États-Unis. Il y a les statistiques torontoises, qui décrivent une économie où les salaires ne sont pas très élevés, relativement parlant. À Montréal, les salaires sont moins élevés en moyenne qu'à Toronto, mais la vie y est moins chère qu'à Toronto ou à Vancouver. Je me demande donc, si, pour préparer ce rapport, on a invoqué les revenus bruts plutôt que nets, pour calculer ces chiffres statistiques selon lesquels nous faisons plutôt piètre figure sur le plan international.

Mme Collins: Je ne sais pas, Barbara. Je viens de m'enquérir auprès de mon personnel et personne ne le sait.

La présidence: Je me demande si vous pourriez vérifier.

Mme Collins: Ils utiliseraient les chiffres statistiques que nous publions.

[Texte]

The Chair: That's Statistics Canada, then.

Mrs. Collins: That's one thing we want to raise with the UN, the folks who do this study—to try to get a little more into how they're developing their figures and the methodologies that are used.

The Chair: That will probably be one of our recommendations, that we internationally publicize our post-tax data as opposed to pre-tax data. It changes the number of poor families from 13% down to 10%. With the seniors it's really dramatic, even more. It's really missing a hell of a lot of income.

Mrs. Collins: We'll certainly pursue that.

The Chair: Are there other questions?

Thank you very much. It's nice to see you again.

Mrs. Collins: It's nice to see you. I guess we'll see you before the end of June.

The Chair: Right. We're looking forward to those reports.

[Traduction]

La présidence: Ils proviendraient de Statistique Canada, alors?

Mme Collins: C'est une des choses que nous voulons discuter avec les Nations Unies, avec les responsables de cette étude—nous voulons en savoir un peu plus long sur la façon dont ils font leurs calculs, sur leurs méthodologies.

La présidence: Ce sera sans doute l'une de nos recommandations, donc que nous publierons, à l'échelle internationale, nos données sur les revenus nets plutôt que sur les revenus bruts. Cela fait passer le pourcentage des familles pauvres de 13 à 10 p. 100. Chez les personnes âgées, les changements sont encore plus remarquables. Cette façon de déterminer le seuil de la pauvreté révèle que nous négligeons d'inclure d'importantes tranches de revenus.

Mme Collins: Nous allons certainement regarder cela de plus près.

La présidence: Y a-t-il d'autres questions?

Merci beaucoup. Je suis contente de vous revoir.

Mme Collins: Moi aussi. Je suppose que nous nous reverrons avant la fin de juin.

La présidence: C'est exact. Nous attendons ces rapports avec impatience.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste—lettre

K1A 0S9

Ottawa

If undelivered, return COVER ONLY to:

Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré—Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non—livraison,

retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:

Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré—Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9



CANADA

INDEX

SUBCOMMITTEE ON THE

Status of Women

OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS,
SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

HOUSE OF COMMONS



Issues 1-22	•	1991-1993	•	3rd Session	•	34th Parliament
-------------	---	-----------	---	-------------	---	-----------------

Published under authority of the Speaker of the House of Commons
by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE TO THE USER

This index is subject-based and extensively cross-referenced. Each issue is recorded by date; a list of dates may be found on the following page.

The index provides general subject analysis as well as subject breakdown under the names of Members of Parliament indicating those matters discussed by them. The numbers immediately following the entries refer to the appropriate pages indexed. The index also provides lists.

All subject entries in the index are arranged alphabetically, matters pertaining to legislation are arranged chronologically.

A typical entry may consist of a main heading followed by one or more sub-headings.

Income tax

Farmers

Capital gains

Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash.

Capital gains *see* Income tax—Farmers

The most common abbreviations which could be found in the index are as follows:

1r, 2r, 3r. = first, second, third reading A = Appendix amdt. = amendment Chap = Chapter
g.r. = government response M. = Motion o.q. = oral question qu. = question on the *Order
Paper* R.A. = Royal Assent r.o. = return ordered S.C. = Statutes of Canada
S.O. = Standing Order

Political affiliations:

BQ	Bloc Québécois
Ind	Independent
Ind Cons	Independent Conservative
L	Liberal
NDP	New Democratic Party
PC	Progressive Conservative
Ref	Reform Party of Canada

For further information contact the
Index and Reference Service — (613) 992-8976
FAX (613) 992-9417

INDEX

HOUSE OF COMMONS SUBCOMMITTEE

THIRD SESSION—THIRTY-FOURTH PARLIAMENT

DATES AND ISSUES

— 1991 —

June: 6th, 13th, 17th, 1.
September: 17th, 24th, 1.
October: 22nd, 1; 29th, 2.
November: 6th, 3; 19th, 4; 20th, 5; 26th, 6.
December: 2nd, 7; 10th, 8.

— 1992 —

February: 4th, 8; 11th, 9; 18th, 10; 25th, 11; 26th, 12.
March: 17th, 13; 30th, 14.
April: 27th, 15.
May: 4th, 16; 11th, 17; 19th, 18.
November: 17th, 24th, 20.
December: 9th, 21.

— 1993 —

May: 25th, 22.

N.B. There is no issue 19.

Aboriginal women

- Status of Women Department projects, etc., Canadian Aboriginal Economic Development Strategy, 18:8, 30-1
- See also* Breast cancer; Prisons

Adult education *see* Training programs—Provinces**Advertising** *see* Pharmaceutical industry**Advocacy role** *see* Breast Cancer Action; Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.**Age** *see* Breast cancer; National Breast Screening Study—Results**AIDS** *see* Breast cancer; Drugs—Approval procedure**Alcohol** *see* Breast cancer—Risk factors**American Cancer Institute** *see* Breast cancer—Detection/screening**American Cancer Society**

- Reach for Recovery program, 10:10
- See also* Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.

Anderson, Edna (PC—Simcoe Centre) (Acting Chairman)

- Aboriginal women, 18:30-1
- Breast cancer, 20:19, 21
 - Committee study, 1:27-8; 2:11-2, 28-9, 39-41; 3:11, 22, 32, 45-7; 4:4, 10, 17-8, 30, 34, 41, 48; 5:4, 20, 23-4, 37, 39, 42, 44; 6:25-6, 31, 39-41; 8:11-2, 23-4; 9:13-4, 26-7; 10:17-9; 12:7, 27-8; 13:8, 10-1, 20-1; 14:14-6, 30-1; 15:17-8, 21, 25; 16:4, 9, 11, 17-8, 30-2, 34-5; 17:15, 30-1, 33-5
- Breast Cancer Action, 15:21
- Breast implants, 10:18; 12:7, 27-8; 13:8, 10-1, 20-1; 16:9, 17-8, 31
- Canadian Breast Cancer Foundation, 2:29
- Cancer research, 6:25-6
- Committee, 15:25
- Drugs, 17:15, 31, 33
- Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:13-4
- Employers, 18:14
- Homemakers, 18:12
- Income tax, 18:23
- Lung cancer, 6:25
- Medical research, 4:17
- National Breast Screening Study, results, Committee study, 20:19, 21-2, 28
- National Cancer Institute of Canada, 8:11-2
- National Health and Welfare Department, 13:8
- Prisons, 18:14
- Procedure and Committee business
 - Meetings, 5:24; 15:25; 17:34-5
 - Overheads, slides, appending to minutes and evidence
 - M., 4:41
 - M. (Clancy), 5:20
 - M., 5:44
 - Presentation, appending to minutes and evidence, M. (Black), 20:28
 - Questioning of witnesses, 6:31
 - Votes in House, meeting suspending, 5:23

Anderson, Edna—Cont.

References

- Acting Chairman, taking Chair, 3:4; 4:4; 5:4; 16:4; 20:19
- In camera* meetings, 1:5, 7; 20:3
- Research and development, 2:40-1; 3:45-6; 17:15
- Status of Women Department estimates, 1992-1993, main, 18:12, 14, 23, 29-31
- Training programs, 18:29-30
- Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:17-8

Appendices

- Beatty, Dr. David
 - Information, additional, 17A:23-31
 - Overheads, 11A:1-4
- Boyd, Dr. Norman, overheads, 6A:11-6
- Clarke, Dr. E. Aileen, overheads and slides, 1A:1-15
- Falk, Dr. Rudy, slides, 6A:1-10
- Gordon, Dr. Richard, *Cure Rate vs Breast Tumour Size* graph, 21A:1
- Green, Sharon, information sheets, 10A:1-5
- Howe, Dr. Geoffrey, slides, 3A:1-10
- Miller, Dr. Anthony B.
 - National Breast Screening Study presentation, tables, 20A:1-9
 - Overheads, 5A:1-10
- Olivotto, Dr. Ivo, overheads, 9A:1-8
- Perrault, Dr. Danièle, overheads, 5A:11-27
- Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, *Response to the Review of the Canadian Drug Approval System*, 17A:1-22
- Phillips, Dr. Robert, overheads, 2A:1-8
- Pritchard, Dr. Kathleen, overheads, 4A:1-10
- Sterns, Dr. E.E., letter, *Globe and Mail*, 16A:1
- Washington, D.C., Committee trip, researcher's report, 15A:1-16

Association of Canadian Medical Colleges *see* Research and development—Pharmaceutical industry**Auto-immune disease** *see* Breast implants—Defects**Bank of Montreal** *see* Women—Work**Batt, Sharon** (Individual presentation)

- Breast cancer, Committee study, 4:18-34
- See also* Breast cancer

Battered women *see* Violence**Beatty, Dr. David** (National Cancer Institute of Canada)

- Breast cancer, Committee study, 11:4-15
- References *see* Appendices

Bégin, Patricia (Committee Researcher)

- References, *in camera* meetings, 1:5-6

Beijing, China *see* Women—World Conference on Women**Bertrand, Gabrielle** (PC—Brome—Missisquoi)

- Breast cancer, Committee study, 4:32-4, 46-7

Betteley, Darlene *see* Canadian Cancer Society**Bilingual** *see* Canadian Breast Cancer Foundation—Corporate sponsors**Bill C-22** *see* Patent Act (amdt.)(Bill C-22)(2nd Sess., 33rd Parl.)

Bill C-55 *see* Pensions Acts (amdt.), Special Retirement Arrangements Act and Pension Benefits Division Act (Bill C-55)

Biopsies *see* Breast cancer—Detection/screening programs—Treatment

Black, Dr. Charlyn (Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening)

Breast cancer, Committee study, 15:8-12, 15-9

Black, Dawn (NDP—New Westminster—Burnaby) (Acting Chairman)

Black, references, 3:33; 4:29; 8:35-6; 9:29; 10:22

Breast cancer, 20:13-4, 17, 19, 26-8; 21:6, 8, 11-3, 15-6

Committee study, 1:15-8, 25, 28-31, 35, 55-8; 2:4, 7-9, 13-5, 20, 23-8, 32, 37-9, 45; 3:7-8, 10-1, 16, 19-24, 33-4, 43-5, 51; 4:12-3, 15-7, 26-9; 7:12-5, 22-3, 30-5, 41, 45-51; 8:13-5, 24-7, 35-6; 9:12-3, 15, 28-32; 10:19-24, 26-8, 38, 41-3, 47; 11:10-2, 24-5, 27-9; 12:7-8, 10-1, 15, 23-7, 30-3; 14:5, 12-5, 17-8, 27-30; 15:12-4, 16, 21-5; 16:6, 14-6, 21, 24, 26-30, 33, 35-7; 17:12-5, 27-30

Breast Cancer Action, 15:21-4

Breast implants, 10:22, 24, 26-7; 12:8, 10-1, 15, 23-7, 31-3; 16:6, 14-6, 21

British Columbia, 14:18

Canadian Breast Cancer Foundation, 2:24, 26, 28; 16:29

Canadian Cancer Society, 8:35

Cancer research, 7:35

Child care, 18:21-2

Committee, 15:24-5

Drugs, 17:13-4, 28-30

Education, 7:51

Education, post-secondary, 18:21

Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:13

Family status, 18:12

Hryniuk, Dr. William, 7:12

Immigrant women, 18:25-6

Judicial system, 18:19-20

Lunenfeld Research Institute, 4:13, 16

Medical research, 2:9, 37; 4:13, 17

Medical Research Council, 2:7, 9, 13-4

Medicare, 9:31; 10:28

National Breast Screening Study, results, Committee study, 20:8-9, 13-4, 17, 19, 22, 26-8; 21:4, 6, 8, 10-6

National Cancer Institute of Canada, 2:45; 11:10-2

National Health and Welfare Department, 2:8-9; 11:10

Old age pensions, 18:31

Pension credits, 18:32-4

Pharmaceutical industry, 17:12-3

Poverty, 18:31

Procedure and Committee business

Chairman, M., 1:9

In camera meeting, 1:10

Meetings, 1:25; 15:25; 21:4

Members, 1:35

Organization meeting, 1:9-10

Presentation, M., 20:28

Printing, M., 1:9

Questioning of witnesses, 20:14

Report to Committee, 15:25

Researcher's report, M., 15:24

Terms of Reference and Workplan, M., 1:10

Black, Dawn—Cont.

Procedure and Committee business—*Cont.*

Vice-Chairman, 1:9

Votes in House of Commons, 21:14

Witnesses, 1:58; 15:24-5

References

Acting Chairman, taking Chair, 2:13

In camera meetings, 1:6; 8:3; 20:3

Research and development, 2:37-8; 7:14-5; 17:13; 21:15

Royal Commission on New Reproductive Technologies, 18:20

Status of Women Department estimates, 1992-1993, main,

18:9-12, 19-22, 25-9, 31-4

Training programs, 18:27-9

Violence, 18:9-11

Webster, Cynthia, 14:12

Women, 21:15

Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:19-21; 11:24, 29

Blais, Dr. Pierre (Innova Ltd.)

Background information, 12:17

Breast cancer, Committee study, 9:46; 12:4-34

References *see* Breast implants—Defects—Legal actions—Meme; National Health and Welfare Department

Bone marrow transplants *see* Breast cancer—Treatment

Boyd, Dr. Norman (Ontario Cancer Institute)

Breast cancer, Committee study, 6:32-41

References *see* Appendices; Breast cancer—Research

Brain drain *see* Research and development—Science graduates

Breast cancer

Aboriginal women, situation, 1:13, 16

Manitoba, 15:5

Saskatchewan, 1:14

Age, impact, 1:12, 22; 3:12, 39-40; 5:4-5, 7, 10-1, 21-5, 28, 38, 42-3; 8:17; 11:28; 16:22-3, 27-8, 35

See also Breast cancer—Detection/screening programs

AIDS, comparison, 1:31-2, 40, 42-3; 7:18, 20; 16:24, 36

Batt, Sharon, journalist, personal experience, 4:18-9, 21-2, 26, 28-9

Caldwell, Judy, presentation, 10:30-3, 35-6, 38, 41-3

Groups, assisting, letters included, 10:37, 43

Canadian Breast Cancer Foundation, role, 2:17-8; 8:24

See also Breast cancer—Information

Canadian Cancer Society, 8:32-3, 35-6

Cansurmount Program, 8:31

Living with Cancer Program, 8:31

Physicians, attitudes, 8:30, 33-5

Reach for Recovery Program, 8:29-30, 33

See also Breast cancer—Information

Cancer control, 3:13

Colon cancer, comparison, 16:34-5

Committee study, 1:11-58; 2:4-45; 3:4-52; 4:4-49; 5:4-44;

6:4-41; 7:4-52; 8:4-38; 9:4-47; 10:4-48; 11:4-30; 12:4-34; 13:4-21; 14:4-32; 15:4-25; 16:4-38; 17:4-35

Costs, 4:41; 10:23-4

Detection/screening programs, mammography, 1:14-5, 22-3,

28-9, 32; 3:5, 8-9, 13, 20, 37-8, 40, 45, 48; 4:13, 35, 39;

5:4-5, 18, 21, 23-6, 28, 32, 34, 36, 39, 42; 6:37; 7:6, 8,

33; 8:26; 10:32; 16:22-3, 27-8; 20:19

Access, 10:42; 11:13

Breast cancer—Cont.

- Detection/screening programs, mammography—*Cont.*
 - Age, 9:22-5, 30-1; 10:24, 30-2; 11:13; 15:9-11, 13-4, 16-8; 16:26, 28, 33
- American Cancer Institute position, 1:21
- Benefits, 5:21, 24
- Biopsies, 5:27-9, 43; 10:47; 16:33-4
- Breast implants, problems, 16:11, 15, 32-3
- Breast self-examination, 1:36, 55; 2:17; 3:48-50; 5:10, 12, 14, 22, 32; 10:32, 38; 11:23; 15:5, 14, 19; 16:28-9; 20:4, 6-9, 13, 20-1, 27
- British Columbia, 2:23; 9:16, 18-33; 10:28, 30-1, 44; 11:12; 15:14, 18; 16:28
- Cervical cancer, comparison, 1:23-4, 26, 29; 3:22; 5:21; 9:19-21, 29, 31; 11:12-3; 15:6, 13
- Costs, 15:14; 16:26
- Criteria, guidelines, 1:24-5; 2:24; 3:47; 5:7, 10, 16-7, 25, 28, 35-6; 9:21; 11:12-3; 16:23
- Database, follow-up procedures, establishing, 7:14
- Equipment, outdated, 1:35
- Funding, 5:36; 21:15
- Hamilton Regional Cancer Centre program, 7:9
- Magnetic resonance test, United Kingdom development, 10:23
- Mammograms, breast examinations, effectiveness, new methods, high resolution, magnetic resonance imaging, ultrasound, x-rays, etc., 1:36-7, 44, 52; 3:37, 50; 4:46; 5:12, 22, 34; 8:26; 10:28, 30-1; 11:12; 21:6-9, 11-2
 - Development, history, General Electric experience, 21:12
- Manitoba, 15:5-19
- National Breast Screening Study, 5:6-16, 20, 22, 35; 11:9, 13; 15:12, 16-8; 20:4-28; 21:4-6, 11
- National Cancer Institute (U.S.) position, 1:21
- Ontario Breast Screening Program, 5:28-33, 37-8; 16:23-4
- Other countries, comparison, 1:29; 5:5-6, 10, 12-3, 17-8, 26, 43; 7:38
- Physicians, role, 7:8-9, 13-4
- Post-menopausal/pre-menopausal, 1:24-9, 34; 3:9; 9:22; 16:25
- Provinces, programs, differences, 5:26-7; 16:26
- Radiation, 1:27; 5:41-3
- Saskatchewan, 1:29
- Studies, 2:32, 38-9; 3:38-9; 4:39; 5:5-7; 9:22-3; 15:8-10, 12, 14-7
- United States, 15:13
- Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:23
 - See also* Breast cancer—Mortality rate
- Education, 1:41, 52, 54; 3:20, 30, 32; 5:36, 40; 8:23; 10:46; 14:13-4; 16:34
 - Physicians, 1:30-1, 33, 42; 3:9, 21-2; 4:26, 37, 41-2; 5:13, 33-6, 38-41; 8:11, 20; 14:14-6; 16:22, 36
 - Public, 1:30; 10:37; 16:22
 - United States, comparison, 3:32
- Experts, identifying, vested interests, 9:5-6
- Families, impact, support systems, groups, etc., 14:26-8, 31
 - Information, physicians providing, 14:20-5, 28-30
 - Toghill, Karen, Barry, personal experience, 14:18-31
- Funding, 11:16, 20
 - Mainstream, 9:5-6, 12, 16

Breast cancer—Cont.

- Funding—*Cont.*
 - Priorities, 1:31-2, 54-5; 3:47; 7:32-3; 8:25; 9:12; 11:12
- Hamilton Regional Cancer Centre, role, 7:15
 - See also* Breast cancer—Detection/screening programs
- Incidence statistics, 1:11-2, 20, 23, 31, 54; 2:17; 3:36; 4:45; 5:24, 29; 6:24-5; 14:26; 15:5; 20:19-20, 24; 21:6
 - Cancer registries, role, 1:17; 5:14
 - Increase, 1:21-2, 27, 40; 3:45; 4:18, 32; 7:5, 12
 - Manitoba, 15:4-5
 - Other countries, comparison, 1:17-8, 21-2; 5:13; 6:32-4; 8:27
 - Saskatchewan, 5:16
 - United States, comparison, 1:14-5, 18, 21, 27; 7:5
 - World Health Organization role, 1:17
- Information, format, level, etc., 7:8, 18, 20, 30-4, 43-4, 50-2; 8:10-1, 20, 33-4; 10:29, 32-3, 36, 40-1; 11:19, 23, 27, 29; 14:16, 25, 31; 15:10; 16:31, 36
 - British Columbia Medical Journal* articles, 10:33, 42
 - Burlington Breast Cancer Support Services Inc. pamphlet, 1:38, 56; 7:8, 17
 - Canadian Breast Cancer Foundation, 2:16-7, 20, 24-5; 8:23
 - Canadian Cancer Society, 8:31
 - Chatelaine* magazine article, 8:23
 - Disabled and handicapped, 2:18, 24; 8:24
 - Health News*, 2:22-3
 - Multicultural communities, 2:24; 7:9; 8:24; 10:33-4, 42-3
 - National breast cancer information centre, hotline, establishing, 10:34, 38-9; 11:24-5
 - Physicians, 15:11
 - Quebec, lack, 7:29
 - United States, breast cancer disclosure legislation, 7:37; 15:12
 - Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 11:17-8
 - YWCA of Canada, breast cancer series, translation problems, etc., 8:19-23, 25; 11:18
 - See also* Breast cancer—Families
- Lung cancer, comparison, 1:20, 27-8; 16:34-5
- Male bias, impact, 4:19, 31-2; 8:26; 11:25-6
 - See also* Breast cancer—Research
- Males, incidence, 1:12
- Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening, recommendations, 15:4, 7-12, 16-9
- McPherson, Paula, personal experience, 11:16, 18-9
- Meetings, televised broadcasting, Canadian Broadcasting Corporation, *The Journal* presence, filming for planned breast cancer program, 1:25
- Melanoma, comparison, 21:12
- Morrison, Sylvia, personal experience, 1:43-52
- Mortality rate, 1:12-3, 15, 29-30, 38, 40, 53; 3:36, 43-4; 5:9, 24-5, 29; 7:4-5, 12; 8:27; 9:29; 10:29; 11:4-5, 10, 17; 15:17; 16:37; 20:24-5
 - British Columbia, 9:20-1
 - Detection/screening programs, impact, 1:22-3; 5:11-2
 - Manitoba, 15:5
 - Montreal, Que., 4:25, 28
 - National Health and Welfare Department role, 1:15-6; 7:13
 - See also* Breast cancer—Research
 - National resource office, establishing, 1:42-3; 4:31
 - Occupational factors, nuns, high incidence, 1:19

Breast cancer—Cont.

- OHIP system, out of country treatments, payments, criteria, guidelines, etc., 1:47-8, 50-2
- Ombudsman, medical, creating, 10:44, 46
- Palliative care units, 3:31-2
- Paul, Nancy, personal experience, 2:16
- Physicians, health care professionals, 11:26-7; 16:36-7
 - Attitude, 1:53; 6:19, 26; 7:16, 21-3, 32-4, 41-3, 45-6, 49; 8:34, 36; 10:6-7, 39-40, 42, 44, 46; 14:26, 30-1
 - Consumer complaints registry, establishing, 11:27
 - Male/female, 3:16; 7:21-3; 8:35; 10:16, 19, 46; 11:26; 16:25
- See also Breast cancer—Canadian Cancer Society—
 - Detection/screening programs—Education—
 - Families—Information
- Political activism, 11:28-30
- Prevention, 1:39; 3:43, 47-8; 5:39; 6:32; 7:5; 15:19; 20:21, 24
 - Tamoxifen, use, study, 3:12-3, 18-9; 4:23-4, 35, 41, 43-5; 5:19; 10:13; 16:24-5, 27
- Recurrence, 11:17; 16:32
 - See also Breast cancer—Treatment
- Regional variations, 1:13; 4:25, 27; 5:13-4, 21-2
- Research, 1:18, 33, 52; 2:26, 30; 3:35-6, 43; 4:4-5, 7, 15-6, 25, 28; 5:38; 6:16-7, 27; 7:10, 16, 35; 8:16; 9:4-5, 15-6; 10:13; 11:17, 20; 15:12-6, 19; 16:25; 17:12; 20:19, 21-2
 - Articles, increasing, 10:37-8
 - Boyd, Dr. Norman, study, 1:17; 6:23, 35-9
 - Burlington Breast Cancer Support Services Inc. recommendations, 1:40-2, 55
 - Cancer genes, 4:8-9
 - Clinical research trials, 3:4-6, 10, 12; 4:20, 22-3, 34-6, 39-41, 48-9; 7:6, 15, 18; 8:5-7, 9-10, 13-4; 17:14
 - Collaboration, communication, various groups, 7:7-8
 - Drugs, investigative, etc., 4:39, 48; 6:27-8; 7:19; 8:7-9, 12-3
 - Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:7-10, 14-5
 - Exercise, fitness, recovering patients, impact, 10:36; 20:22
 - Falk Oncology Centre projects, 6:18, 21-6; 7:19-20
 - Funding, demand-driven, targeting, 1:40, 43, 54-6; 2:4, 9, 11, 25-6, 37; 4:36; 5:19-21; 6:18, 28, 39; 7:7-8, 18; 8:5, 9-11, 13-5, 19, 25, 33; 11:17, 18; 16:26, 35; 21:7-12, 15-6
 - Genetic therapy, 3:23
 - Hyaluronic acid (HA), 6:21-3, 26; 7:19
 - Immune system, 4:25-6
 - International efforts, co-ordinating, 11:8
 - Male bias, 2:39-40; 21:11
 - Medical Research Council, 2:5, 7-8, 12, 15
 - National Cancer Institute (U.S.), 8:5, 13-4
 - National Cancer Institute of Canada, percentage of budget provided for breast cancer research, etc., 2:15, 32, 38-9; 8:4-8, 14-5; 10:21; 11:4-5, 8, 10-4, 16; 16:24
 - National Health and Welfare Department, National Health Research and Development Program, 1:16-7; 2:4-6, 12
 - National Needs Study, 7:25-8, 30-1
 - Nodes, positive/negative, 11:20-1, 23
 - Other countries, 2:12; 7:45
 - Patient Participation Study, 7:36-9, 41-3, 46-7, 49-51
 - Pharmaceutical industries, 8:6, 9, 12-3; 16:37-8; 17:11-2
 - Prostaglandin, 6:19-20, 22
 - Publicity, patients, impact, 8:10
 - Quality of life, 7:18, 21
 - Statistics, compiling, difficulties, 3:11, 22; 4:29-30; 5:36-7; 8:5, 13-4, 19

Breast cancer—Cont.**Research—Cont.**

- Studies, 6:34-7, 40-1; 7:7; 16:27
- United States, 5:18
 - Quayle Commission, 7:6, 12
- Rigbey, Betty, personal experience, 11:20-3
- Risk factors, 1:23, 33, 39; 3:12-3, 20, 30, 37; 4:12-3, 39; 5:30; 8:26-7; 15:9-10, 17
 - Alcohol, 1:13, 18; 3:42
 - Breast feeding, 3:44, 51
 - Breast tissue, low/high density, 3:46-7
 - Contraceptives, 16:30
 - Diet, 1:13, 19, 21, 33; 3:24-5, 40-2, 44-5, 47-8, 50-1; 4:40; 5:14-5, 18, 39; 6:33-41; 8:18; 20:22-4, 26-7
 - Electromagnetic radiation, 1:19-20; 4:24
 - Environmental factors, 1:19; 4:24-5, 28; 6:33; 20:26-8
 - Estrogen, 1:18-9, 35; 3:18-9, 42; 4:45-6; 5:30-1; 8:18; 16:24, 27, 29-30; 17:8; 20:26-7
 - Family history, 1:14-5, 19; 4:13; 7:18; 8:17; 10:46-7
 - Fertility, reproductive history, 1:12-3, 19; 3:37, 51-2; 6:38; 8:18; 16:24-5, 30, 37
 - Nodules, 4:47
 - Post-menopausal/pre-menopausal, factor, 4:47-8; 5:30; 6:38; 20:27
 - Radiation, 1:19; 3:39-40; 4:24-5; 5:16
 - Smoking, 1:18-9
 - Sunlight, United States study, 11:16
- Survival rate, 5 year mark, 1:12, 29-30; 3:36, 43; 7:26, 31
- Survivors' groups, role, numbers, etc., 4:30-3, 35
- Terms of Reference and Workplan, 1:3-4
- Treatment, 3:4-5; 4:34; 5:42; 6:16-7, 19, 24; 7:15-6; 9:4
 - Approval procedures, new treatments, streamlining, compassionate release provisions, 1:47; 6:17-8, 25, 27; 7:6-7, 13, 20
 - Biopsies, 14:14, 17
 - Bone marrow transplants, 1:45; 3:8
 - Breast prostheses, 8:32, 36
 - Cancer Control Agency, 10:35, 37, 44-5
 - Chemotherapy, 3:6-8; 4:38; 6:21; 7:5-6
 - Costs, public policy decisions, 3:8
 - Decision-making process, patient participation, 7:17, 22, 34-5, 37-43, 46-51; 11:19
 - Delays, problems, 1:35-7; 7:33
 - Drugs, 1:28; 2:41-2; 4:40; 6:20, 22-3; 7:20, 34; 8:32; 17:30-1
 - Emotional, physical effects, patient support services, support groups, etc., 1:38, 42; 3:25-30, 32-5; 4:32; 6:18-9, 26; 7:18, 26-31, 35; 8:21, 30-1, 36; 10:16-7, 34-5, 45
 - Resource centres, establishing, 11:17-8
 - Estrogen, hormones, 10:13, 16
 - Failure, 1:39
 - Grading system, 3:23-4
 - Granulocyte colony stimulating factors (GCSF), 1:46
 - Lumpectomies, 1:28, 57; 3:5-6, 9-11, 21; 4:20, 26-7, 30, 33, 35-8; 6:16, 20; 7:25-7, 31-2, 43-4; 9:16-7, 28; 10:8, 15; 14:11; 16:22, 32, 35
 - Mastectomies, 1:35, 57; 3:5-6, 9-11, 16, 19-22; 4:20-1, 23, 26-7, 33, 35-8, 42; 7:22, 25-7, 31-2, 43-4; 9:16-7, 28; 10:15; 14:11; 16:22, 35
 - Medical devices, 8:32

Breast cancer—Cont.

Treatment—Cont.

Nodes

Lymphedema, 14:4-6, 8-11, 14, 17

Negative/positive, 3:6-8; 4:43; 11:22

Options, second opinions, etc., 1:30, 37-8, 41, 44-5, 56-7;
3:16-7; 4:27, 38; 6:19-20; 7:15-7, 44, 47; 8:30; 10:40;
11:19; 14:25

Pain, 7:28-9, 33-4

Physiotherapy, 14:4-18; 16:31-2

Post-menopausal/pre-menopausal, 4:38, 45-6

Prostrate cancer, decision-making process, comparison,
7:39-40, 48

Protocols, 1:26, 28, 30; 3:5

Quebec, 7:30

Radiation, side-effects, 9:8-10

Recurrence, 3:27, 31; 4:43; 8:31

Regional differences, 16:35

Self-healing, 1:37

Side-effects, 4:21-3, 29, 33

Spiegel, Stanford University, studies, 3:33-4; 10:16-7

Support services, housekeeping, transportation, etc., 7:29,
33; 8:32; 10:29, 44

Unavailable in Canada, 1:47-9, 51; 2:41; 6:17-8; 7:6, 19-20

United Kingdom, breast care nurse, role, 7:44-5; 11:18

United States, comparison, 3:16, 19-20; 5:41; 9:18; 10:14, 22;
14:14

Vancouver study, 3:9, 11; 4:27, 30, 41, 43; 9:16-8, 28; 16:35

Treatment facilities, inadequacy, 1:26, 52

Patients, redirecting, Princess Margaret Hospital incident,
etc., 8:37-8

Radiation, therapy, 1:28, 49-50; 8:38; 9:18, 28

Social services departments, incorporating, 10:35

United States facilities, Canadians utilizing, 1:45, 48; 7:19

United States, comparison, 4:20, 27-8, 30; 10:11, 21, 28-9;
11:29

Funding, 10:12-3, 19-20

General Accounting Office report, 9:4

See also Breast cancer—Detection/screening programs—
Education—Incidence statistics—Information—
Research—Risk factors—Treatment—Treatment
facilities

Voluntary organizations, co-ordination, lack, 16:24, 26, 29

Wellspring, mandate, concept, 3:34-5; 7:35

YWCA of Canada, role, Encore Program, 8:18-20, 23-6

See also Breast cancer—Information*See also* Breast implants**Breast Cancer Action**

Advocacy role, letter-writing campaign, 15:20-1, 23-4

Funding, 15:23

Self-help, support groups, National Health and Welfare
Department, funding, 15:21-2*See also* Organizations appearing**Breast Cancer Coalition** *see* Y-ME, National Organization for
Breast Cancer Information and Support, U.S.A.—Advocacy
role**Breast Cancer Research and Education Fund (St. Catharines,
Ont.)**

Background information, 11:17

See also Organizations appearing**Breast care nurse** *see* Breast cancer—Treatment**Breast examinations** *see* Breast cancer—Detection/screening
programs**Breast feeding** *see* Breast cancer—Risk factors**Breast implants**

Cancer, relationship, 6:5-6; 9:43; 10:6; 12:9, 12, 25; 13:19; 16:11

Defects, problems, removal, 1:18; 3:17-8; 6:15; 9:33, 35, 37-41,
44, 46; 10:24-5; 12:6, 8-11, 13-4, 17, 23, 26-7; 16:10, 14-5,
20, 31

Auto-immune disease, 12:11; 16:15

Cigarettes, defective cars, comparison, 10:25-6

Implants, other body parts, comparison, 12:15, 25; 13:5-10;
16:9, 17Innoval Ltd., Dr. Pierre Blais, studies, scientific
documentation, etc., 12:18-21, 33-4; 13:14Parascholzite, hopeite, found when removing implants,
12:14

Saline implants, 12:12, 15-6, 19; 16:17

Scientific documentation, studies, 10:25-6; 13:4, 7-8, 10, 14,
16, 19; 16:13-4

Scleroderma, 16:17-8

Silicone gel, 12:11-5, 22; 13:4, 7-8, 14-6; 16:8, 10-1

Tardiff, Marcella, personal experience, 9:34-6, 43, 45-6;
16:10

Heart valves, comparison, 13:6-7

Hip replacements, comparison, 13:5-6

History, Dr. William J. Pangman, involvement, 12:4-5, 19

Implants, samples, 12:9-15; 16:9

Polyurethane coverings, 12:7-8, 20-1; 16:10

See also Breast implants—Defects

Information, 16:12

Canadian Society of Plastic Surgeons, pamphlet, 16:14-5

National Health and Welfare Department, role, 13:12-3, 20

Patients, informed consent, etc., 10:24, 26-7; 13:12, 20-1;
16:8-9, 14, 19

Ismail, Dr. Abdel Raouf, recommendations, 16:16

See also Breast implants—Success

Legal actions, 6:6-7; 9:42; 12:27, 31-2

Blais, Dr. Pierre, involvement, 12:31

Quebec, 9:43-4

United States, 10:24-7; 12:19, 31

See also Breast implants—Meme

Manufacturers' information sheets, 9:37-8, 42-3, 45

Meme, 6:5, 29; 9:36-7, 39, 42, 46; 10:27; 12:7; 13:17-8; 16:10, 12,
14; 17:27

Blais, Dr. Pierre, recommendations, 12:24-5

Canadian Medical Association position, 6:11; 12:6, 21; 16:21

Dow Corning documentation, 13:7, 16

History, 12:4-6, 19-20

Independent studies, inquiries, 6:7, 10-3, 15

Legal actions, 10:26

National Health and Welfare Department rôle, 6:4, 7-10,
14-5; 12:21-2, 32-3; 13:4-5, 18

Numbers, Canadian women with Meme implants, 12:24

Polyurethane coverings, 13:14-5; 16:9

Scientific documentation, 12:17-8; 13:4-5

United States, situation, comparison, 6:12-3; 12:6, 16, 22-3

Wilson, Linda, personal experience, legal actions, etc.,
6:5-10, 14-5; 12:17, 23, 31; 16:10

- Breast implants—Cont.**
 Meme—*Cont.*
 Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:13, 16, 18, 20, 22, 24
 Moratorium, banning, 12:7, 23; 13:10-1, 17; 16:16
 United States, comparison, 13:11
 Mortality rate, 12:27; 13:13
 National Health and Welfare Department, role, 12:22-5;
 13:8-11, 16, 18-20
 Scientific documentation, 13:17
 See also Breast implants—Information—Meme
 Optimam, 12:8-9
 Physicians, responsibilities, 6:7, 11-2; 9:38, 40-2, 44; 12:16-8,
 31; 13:12-3, 20-1; 16:15-6, 18-9
 Skills, impact, risk, 13:13; 16:19-21
 Quebec, situation, 9:40-1
 See also Breast implants—Legal actions
 Reasons, emotional needs, etc., 10:22-4, 40-1; 12:17, 22-3;
 13:15-6, 19; 16:4, 16, 31
 Research and development, 6:8; 9:37, 40, 46; 10:18-9, 22; 12:18
 Risk factors, 16:6, 12, 14, 18
 Success, Dr. Abdel Raouf Ismail, examples, 16:5-8, 11, 16
 Testicular implants, comparison, 10:22; 12:15, 25
 United Kingdom, comparison, 12:27-8
 United States, 13:9, 19
 Costs, insurance companies reactions, 10:27-8; 12:30; 13:12,
 14; 16:20
 See also Breast implants—Legal actions—Meme—
 Moratorium
 Video, Canadian Broadcasting Corporation *Marketplace*
 breast implant program, House of Commons
 Broadcasting Branch taping, making available on
 Demand Video, 5:3, 42
 See also Breast cancer—Detection/screening program
- Breast prostheses** *see* Breast cancer—Treatment
- Breast self-examination** *see* Breast cancer—Detection/screening programs
- Breast tissue** *see* Breast cancer—Risk factors
- Briefs** *see* Appendices
- British Columbia**
 Medicare, physiotherapists, covering, 14:18
See also Breast cancer—Detection/screening programs—
 Mortality rate
- British Columbia Cancer Agency** *see* Organizations appearing
- British Columbia Medical Journal** *see* Breast cancer—
 Information
- Building Blocks: Framework for a National Strategy on
 Violence Against Women** *see* Status of Women
 Department—Documents
- Burlington Breast Cancer Support Services Inc.** *see* Breast
 cancer—Information—Research; Organizations appearing
- Caldwell, Judy** (Individual presentation)
 Breast cancer, Committee study, 10:29-48
 References *see* Breast cancer
- Canada Assistance Program** *see* Child care—National program
- Canada Scholarships Program** *see* Education, post-secondary—
 Women
- Canada-United States Free Trade Agreement** *see* Women
- Canadian Aboriginal Economic Development Strategy** *see*
 Aboriginal women
- Canadian Association of Radiologists** *see* National Breast
 Screening Study
- Canadian Bar Association** *see* Judicial system—Educating
- Canadian Breast Cancer Foundation**
 Awards, emblem, 2:29-30
 Background, directors, etc., 2:18-20, 23-4, 26-7
 Corporate sponsors, projects, 2:20-2, 26
 Bilingual, multilingual, 2:26-8
 Funding, 2:16, 21, 29
 Grants, research, etc., 2:16, 19-20
 Members of Parliament, assisting, 2:29
 Other countries, liaison, 2:25
 Quebec, participation, 2:27-8
 Sterns, Dr. E.E., interaction, 16:29
 United States organizations, liaison, 2:24-5
See also Breast cancer; Organizations appearing
- Canadian Broadcasting Corporation** *see* Breast cancer—
 Meetings; Breast implants—Video
- Canadian Cancer Society**
 Background information, 8:27-8
 Betteley, Darlene, Reach for Recovery volunteer,
 controversy, 4:31
 Funds, division, 8:35
 Patient services
 Funding, 8:28, 35
 Transportation, 8:28-9, 35
 Projects, research, funding, 8:11-2
 Education, programs, etc., 8:28
 Role, 4:32
See also Breast cancer; Medical research—Cancer;
 Organizations appearing
- Canadian Jobs Strategy** *see* Training programs
- Canadian Journal of Public Health** *see* National Breast
 Screening Study—Results
- Canadian Manufacturers Association** *see* Disabled Women's
 Network—Funding
- Canadian Medical Association** *see* Breast implants—Meme
- Canadian Panel on Violence Against Women** *see* Violence
- Canadian Society for Clinical Investigation**
 Membership, mandate, 17:24
See also Organizations appearing
- Canadian Society of Plastic Surgeons** *see* Breast implants—
 Information
- Cancer**
 Causes, 3:25
 Chemotherapy, 4:11-2
 Diet, relationship, 4:12, 17
 Electromagnetic radiation, 4:24
 Radiation, 4:11

Cancer—Cont.

Smoking, relationship, 4:7-8

See also Breast cancer; Medical research; National Health and Welfare Department—Budget

Cancer 2000

Mandate, funding, 3:8-9, 13-5, 21

Cancer control *see* Breast cancer**Cancer Control Agency** *see* Breast cancer—Treatment**Cancer genes** *see* Breast cancer—Research; Medical research—Cancer**Cancer registries** *see* Breast cancer—Incidence statistics; Cancer research—National Needs Study**Cancer research**

Clinical research trials, 6:28-30; 8:10

Drugs, approval procedures, 6:28-30

Environmental factors, 11:15, 19

Funding, 6:24-6

Incidence statistics, 6:25

National Needs Study, results, recommendations, 7:23-7, 29, 35-6

Cancer registries, utilizing, 7:25

Patient Participation Study, results, recommendations, 7:40, 48

Decision-making process, 7:40

Patients, education, levels, 7:50

Progress, 16:22

Treatment, insurers, third party, impact, 6:27-8

Cansurmount Program *see* Breast cancer—Canadian Cancer Society**Care and nurturing leave** *see* Employers—Workplace standards**Cars** *see* Breast implants—Defects**Census** *see* Economic equality—Unpaid work**Cervical cancer** *see* Breast cancer—Detection/screening programs**Chairman, rulings and statements**

Witnesses, presentations, Member interrupting, 6:17-8, ruled out of order

See also Procedure and Committee business

Chatelaine magazine *see* Breast cancer—Information**Chemotherapy** *see* Breast cancer—Treatment; Cancer**Child care**

National program, federal funding, 18:21-3; 22:9

Canada Assistance Program, role, 18:23

Provinces, jurisdiction, 18:22, 24

See also Training programs

Child care expense deduction *see* Income tax**Child support** *see* Income tax**Child tax benefits** *see* Income tax**Cigarettes** *see* Breast implants—Defects**Ciminovitch, Dr. Louis** (Mount Sinai Hospital)

Background, 4:4

Breast cancer, Committee study, 4:4-18

Clancy, Mary (L—Halifax)

Breast cancer, 20:23-4

Committee study, 1:14-5, 19-20, 25-7; 3:7-8, 10-2, 16, 23, 30-2; 4:7-8, 10-2, 16-7, 29-32, 41-6; 5:5, 10-1, 13-7, 20-7, 30-4, 36-7, 39-43; 6:11-3, 17-8, 22-4, 28-32, 37-9; 8:7, 11-2, 21-3, 27, 33-5; 9:10-2, 25; 10:14-6, 18, 24, 26-7, 29, 38-41; 12:11-2, 15-7; 13:4-8, 16-9, 21; 14:9-11, 17, 26-7; 16:6-7, 10-4, 17, 20-1, 25-6, 34-7; 17:8-12, 17, 19, 21, 24-7, 32-4

Breast implants, 6:11-2; 10:16, 25-7, 40; 12:11-2, 15-7; 13:4-8, 16-7, 21; 16:6-7, 10-4, 17, 20-1; 17:27

Canadian Cancer Society, 4:31

Canadian Society for Clinical Investigation, 17:24

Cancer, 4:11

Cancer research, 6:29

Drugs, 17:25-7, 33

Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:10-2

Je Sais/I Know, 6:12

Lung cancer, 17:10-1

Medical devices, 13:5

Medical research, 4:10-2

Medical Research Council, 17:10

Medicare, 10:29

National Breast Screening Study, results, Committee study, 20:13-4, 19, 23-5, 28

National Health and Welfare Department, 17:24-5

Pharmaceutical industry, 17:9

Physiotherapists, 14:11

Plastic surgery, 16:12-3

Procedure and Committee business

Chairman, M., 1:9

In camera meetings, 1:10; 6:39

M. (Feltham), 1:10

Meetings, 1:25; 6:31-2; 17:34

Members, 6:39; 9:25

Motions, 1:10

Organization meeting, 1:9-10

Overheads

M., 5:20

M., 6:39

Questioning of witnesses, 1:10; 6:30-1; 20:13-4

Quorum, 6:31

M., 1:10

Vice-Chairman, 1:9

Video, 5:42

Votes in House, 5:23

Witnesses, 6:17-8

References, 2:4

In camera meetings, 1:5-6; 8:3; 20:3

Research and development, 17:9-12, 32-3

Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:15-6, 18

Clarke, Dr. E. Aileen (Ontario Cancer Treatment and Research Foundation)

Breast cancer, Committee study, 1:20-35

References *see* Appendices

Clinical research trials *see* Breast cancer—Research; Cancer research; Drugs—Women; Medical research**CMA** *see* Canadian Medical Association

- Collins, Hon. Mary** (PC—Capilano—Howe Sound; Associate Minister of National Defence and Minister Responsible for the Status of Women from January 4, 1993; Minister of Western Economic Diversification and Minister of State (Environment) and Minister Responsible for the Status of Women from January 4, 1993 to June 25, 1993; (Minister Designate of Health) Minister of National Health and Welfare and Minister Responsible for the Status of Women from June 25, 1993)
- Aboriginal women, Status of Women Department, 18:8, 30-1
- Child care
National program, 18:21-3; 22:9
Provinces, 18:22
- Disabled Women's Network, funding, 22:10
- Economic equality
Commonwealth, 18:7
Status of Women Department, 18:7-8; 22:7-8, 12
Unpaid work, valuation, 22:8
- Education, post-secondary
Status of Women Department report, 22:8
Women, 18:17-8, 21; 22:7, 14
- Employers, workplace standards, 18:13-4
- Family status, homosexual relationships, 18:12
- Homemakers, women working outside the home, 18:13
- Immigrant women
Domestic workers program, 18:25-6
Status of Women Department, 18:8
- Income tax
Child care expense deduction, 18:24-5
Child support, 22:12
Child tax benefits, 18:22-5
- International Women's Day, *Women's Rights are Human Rights* theme, 22:6
- Judicial system, educating, 18:18-20; 22:11-2
- Old age pensions, spouses allowance provision, 18:15-7, 33
- Pension credits, divorce, 18:32-4
- Prisons
Aboriginal women, 18:14
Facilities, 18:15
- Royal Commission on New Reproductive Technologies,
Status of Women Department, 18:20-1
- Secretary of State Department, women, 22:15
- Status of Women Department
Administrative reforms, 22:8
Documents, 18:6
Estimates
1992-1993, main, 18:5-34
1993-1994, main, 22:5-17
Mandate, 18:5; 22:5, 8
- Training programs
Canadian Jobs Strategy, 18:27, 29-30
Child care provisions, 18:22
Employment and Immigration Department, 18:27-8
Labour market development boards, 18:28-9
Unemployment insurance, 18:27-8, 30
Women, 18:28
- United Nations
Commission on the Status of Women, 18:6-7; 22:6
Conference on Environment and Development, 18:7
Human development index, 22:14, 16-7
- Collins, Hon. Mary—Cont.**
- Violence
Battered women, 18:11
Canadian Panel on Violence Against Women, 18:5-6, 9-10; 22:5, 15-6
Committee report, 18:6
Community security, 22:6
Education, 22:11
International actions, 22:6
Parole, 22:6
Public education campaign, 18:10-1
Rape shield law, 22:6
Stalking, 22:5
Status of Women Department, 18:5
- Women
Commonwealth Women's Affairs Ministers' meeting, 22:7
History Month, 22:8
North American Free Trade Agreement, 22:13
Royal Commission on the Status of Women, 22:16
Work, 22:9-10
World Conference on Women, 22:6-7
Yukon Declaration on Economic Equality of Women, 22:7
- Colon cancer** *see* Breast cancer
- Commission on the Status of Women** *see* United Nations
- Committee**
Mailing list, 15:24
- Witnesses
National Breast Screening Study, 20:3
Physicians, 15:24-5
See also Appendices—Washington, D.C.; Breast cancer; Procedure and Committee business
- Committee studies and inquiries**
Breast cancer, 1:11-58; 2:4-45; 3:4-52; 4:4-49; 5:4-44; 6:4-41; 7:4-52; 8:4-38; 9:4-47; 10:4-48; 11:4-30; 12:4-34; 13:4-21; 14:4-32; 15:4-25; 16:4-38; 17:4-35
National Breast Screening Study, results, 20:4-28; 21:4-16
Status of Women Department estimates
1992-1993, main, 18:5-34
1993-1994, main, 22:5-17
Women, violence, *in camera* meetings, 1:6
- Commonwealth** *see* Economic equality
- Commonwealth Women's Affairs Ministers' meeting** *see* Women
- Community security** *see* Violence
- Conference of the Directors of the Cancer Control Agencies**
Mandate, 3:14-5
- Conference on Environment and Development** *see* United Nations
- Consumer complaints registry** *see* Breast cancer—Physicians
- Contraceptives** *see* Breast cancer—Risk factor
- Coronary Diseases in Women** *see* Women
- Corporate sponsors** *see* Canadian Breast Cancer Foundation
- Cosmetic surgery**
Medicare, paying, 13:13-4
- Crime prevention** *see* Violence—Community security

- Criminal harassment** *see* Violence—Stalking
- Cunningham, Dr. Alastair** (Ontario Cancer Institute)
Breast cancer, Committee study, 3:24-35
- Cure Rate vs Breast Tumour Size graph** *see* Appendices—Gordon
- Degner, Dr. Lesley** (Patient Participation Study)
Breast cancer, Committee study, 7:36-52
- Demand Video** *see* Breast implants—Video; Procedure and Committee business—Video
- Detection programs** *see* Breast cancer
- Diet** *see* Breast cancer—Risk factors; Cancer; Medical research—Cancer National Breast Screening Study—Questionnaire
- Disabled and handicapped** *see* Breast cancer—Information
- Disabled Women's Network**
Funding, cutbacks, Secretary of State Department role, Canadian Manufacturers' Association funding, comparison, 22:10
- Discrimination** *see* Old age pensions—Spouses allowance provisions
- Divorce** *see* Pension credits
- Documents** *see* Appendices
- Domestic workers program** *see* Immigrant women
- Douglas, Kirsten**, (Committee Researcher)
References, *in camera* meetings, 1:5-7
- Dow Corning** *see* Breast implants—Meme
- Drug Investigation Submission Report** *see* Drugs—Approval procedure
- Drugs**
Approval procedure
AIDS, drugs, fast-tracking, 17:19, 25
Drug Investigations Submission Report, 17:7
Emergency approval process, 17:31-3
Gagnon Commission review, 17:6, 17
Improving, fast-tracking, options, 17:20-5, 28
Information, availability, 17:16-7
International protocols, 17:28
Orphan populations, effect, 17:19, 22, 24-5, 28-30
Other countries, comparison, 17:22-5
Pharmaceutical industry concerns, patents, 17:6, 15-6, 18
Post-marketing surveillance system, 17:20, 23-4, 27, 30-1
Thalidomide, comparison, 17:20
United Kingdom, comparison, 17:16, 30-1
United States, comparison, 17:7, 15, 20-1
Women, impact, 17:7
Clinical research trials, percentage, 17:13-4, 21, 28-9
Pregnancy, 17:19, 25-7, 29-30
United States, 17:14
See also Breast cancer—Research—Treatment; Cancer research; Medical research—Cancer
- Drugs Directorate** *see* National Health and Welfare Department
- Economic equality**
Commonwealth, supporting, Ottawa Declaration on Women and Structural Adjustment, 18:7
Status of Women Department, role, 18:7
Economic Restructuring in Canada: Developing a Gender-Sensitive Analytical Framework, 22:8
Equality for Women in the 1990s document, 18:7
Research, 18:8
Spousal support report, *An Economic Model to Assist in the Determination of Spousal Support*, 22:7, 12
Strategy for the Integration of Work and Family Responsibilities, 18:8
Unpaid work, valuation
Census, 1996, questions, 22:8
First International Conference on the Measurement and Valuation of Unpaid Work, 22:8
- Economic Model to Assist in the Determination of Spousal Support** *see* Economic equality—Status of Women Department
- Economic Restructuring in Canada: Developing a Gender-Sensitive Analytical Framework** *see* Economic equality—Status of Women Department
- Education**
Levels, drop-out rates, 7:51
See also Adult education; Breast cancer; Canadian Cancer Society—Projects; Cancer research—Patient Participation Study; Violence
- Education, post-secondary**
Status of Women Department report, *Expanding Choices: Math and Science Programs for Girls and Women*, 22:8
Women, enrolment, 18:17-8, 21; 22:7, 14
Canada Scholarships Program, 18:17
- Efamol Research Institute, Nova Scotia**
Background information, 9:6, 11-2
Funding, 9:12-3
Horrobin, Dr. David, reputation, articles, etc., 9:10, 14
Products, 9:13, 15
Epogram, Canadian licensing, etc., 9:7, 13
Evening primrose, 9:15
United States, licensing, 9:10-1
Research, joint projects, 9:6-11, 13-5
See also Breast cancer—Research; Organizations appearing
- Electromagnetic radiation** *see* Breast cancer—Risk factors; Cancer
- Employers**
Workplace standards, regulations, changing, accommodating family concerns, 18:13-4
Seniority, pregnancy, care and nurturing leave, impact, 18:14
- Employment** *see* Pharmaceutical industry; United Nations—Human development index
- Employment and Immigration Department**
Estimates, 1992-1993, main *see* Orders of Reference; Status of Women Department
See also Training programs
- Encore Program** *see* Breast cancer—YWCA of Canada

- Environmental factors** *see* Breast cancer—Risk factors; Cancer research
- Epopram** *see* Efamol Research Institute, Nova Scotia—Products
- Equality for Women in the 1990s** *see* Economic equality—Status of Women Department
- Estimates** *see* Employment and Immigration Department; Status of Women Department; Western Economic Diversification Office
- Estrogen** *see* Breast cancer—Risk factors—Treatment
- Evening primrose** *see* Efamol Research Institute, Nova Scotia—Products
- Exercise** *see* Breast cancer—Research
- Expanding Choices: Math and Science Programs for Girls and Women** *see* Education, post-secondary—Status of Women Department
- Falk Oncology Clinic** *see* Breast cancer—Research; Organizations appearing
- Falk, Dr. Rudy** (Falk Oncology Clinic)
Breast cancer, Committee study, 6:16-30
References *see* Appendices
- Families** *see* Breast cancer
- Family history** *see* Breast cancer—Risk factors
- Family responsibilities** *see* Women—Work
- Family status**
Homosexual relationships, including, Christine Morrissey case, 18:12
- Feltham, Louise** (PC—Wild Rose)
Procedure and Committee business
In camera meetings, M., 1:11
Organization meeting, 1:11
- Fertility** *see* Breast cancer—Risk factors
- First International Conference on the Measurement and Valuation of Unpaid Work** *see* Economic equality—Unpaid work
- Fisher, Christine** (Committee Clerk)
Breast cancer, Committee study, 15:24
Committee, 15:24
National Breast Screening Study, results, 21:14
Procedure and Committee business
Chairman, election, M. (Clancy), 1:9
In camera meetings, M. (Feltham), 1:10
Organization meeting, 1:9-10
Votes in House of Commons, meetings, 21:14
Witnesses, inviting, 15:24
- Food and Drug Agency** *see* National Health and Welfare Department—Mandate
- Gaffney, Beryl** (L—Nepean)
References, *in camera* meetings, 1:7
- Gagnon Commission** *see* Drugs—Approval procedure
- GCSF** *see* Granulocyte colony stimulating factors
- Gender-sensitivity programs** *see* Judicial system—Educating
- General Electric** *see* Breast cancer—Detection/screening programs
- Genetic therapy** *see* Breast cancer—Research
- Gessler, Sandra** (Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening)
Breast cancer, Committee study, 15:4-8, 14, 17-9
- Globe and Mail** *see* Appendices—Stern
- Gordon, Dr. Richard** (University of Manitoba)
National Breast Screening Study, results, Committee study, 21:4-16
References *see* Appendices
- Government departments appearing** *see* Organizations appearing
- Grants** *see* Canadian Breast Cancer Foundation; Research and development
- Granulocyte colony stimulating factors** *see* Breast cancer—Treatment
- Green, Sharon** (Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.)
Breast cancer, Committee study, 10:4-29
References *see* Appendices
- Greene, Barbara** (PC—Don Valley North; Parliamentary Secretary to the President of the Treasury Board from September 1, 1993 to August 31, 1994) (Chairman)
Breast cancer, 21:14-5
Committee study, 1:11, 13, 17, 19-20, 23, 25, 28, 35, 43, 52, 54-5, 57-8; 2:4, 6-7, 12, 14, 15, 23, 35, 41-5; 3:15, 29, 35-6, 48-52; 6:13, 15, 17-8, 27-8, 30-2, 39-41; 7:9, 19-22, 25, 27, 30-1, 34-5, 48-52; 8:7, 15, 26-7, 37-8; 9:14-6, 21, 26, 29, 32-3, 39, 44-7; 10:14, 19, 23-9, 38, 47-8; 11:13-5, 26-7, 29-30; 12:5, 7-9, 11, 13-4, 18, 20-1, 23-4, 28-30, 33-4; 13:12-7, 20-1; 14:12, 16, 26, 31; 15:6, 16-7, 19-25; 16:11, 18-21, 25, 32-7; 17:6, 8, 16-8, 24, 31-5
Breast Cancer Action, 15:20-4
Breast implants, 6:13; 9:39, 44-6; 10:24-7; 12:7-9, 11, 13-4, 18, 20-1, 23-4, 28-30, 34; 13:12-7, 20-1; 16:18-21
Canadian Breast Cancer Foundation, 2:23
Cancer research, 6:28; 7:25, 48-9; 11:15
Chairman, rulings and statements
Witnesses, presentations, Member interrupting, 6:17-8, ruled out of order
Child care, 18:23-4
Clancy, references, 2:4
Committee, 15:24-5
Cosmetic surgery, 13:13-4
Drugs, 17:16, 31-2
Education, 7:51
Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:15-6
Greene, references, 3:36
Income tax, 18:23-5
Judicial system, 18:18
Medical research, 2:43-4
Medical Research Council, 2:12, 14-5
Medicare, 10:28-9
National Breast Screening Study, results, Committee study, 20:12-4; 21:4, 14-5
National Cancer Institute of Canada, 11:14

Greene, Barbara—Cont.

Old age pensions, 18:15-6, 33

Poverty, 22:16-7

Procedure and Committee business

Chairman

Late, 3:15; 16:11; 22:9

Leaving, 20:12

Taking Chair, 6:13; 12:33

Documents, appending to minutes and evidence

M., 10:29

M., 17:31

In camera meetings

M. (Feltham), 1:10

Transcripts, 1:10

Information, appending to minutes and evidence, M., 17:34

Meetings

Legislative committee meeting, 21:4

Scheduling, 6:31-2; 15:25; 17:34-5

Televised broadcasting, 1:25

Members

Absence, 2:4

Leaving, 1:35; 9:26

Motions, tabling, 1:10

Organization meeting, 1:9-10

Overheads, appending to minutes and evidence

M., 2:45

M. (Black), 3:52

M. (Clancy), 6:39

Printing, minutes and evidence, M. (Black), 1:9

Questioning of witnesses

Member asking too many questions at one time, 20:13-4

Members, 6:30-1

Motion tabling, 1:10

Quorum

Lack, 6:31, 41

Meeting and receiving/printing evidence without, M. (Clancy), 1:10

Report to Committee, 15:25

Researcher's report, appending to minutes and evidence,

M., (Black), 15:24

Terms of Reference and Workplan

Adopting, M. (Black), 1:10

Draft, M. (Clancy), 1:11

Vice-Chairman, election, 1:9

Votes in House of Commons, meetings, 21:14

Witnesses

Inviting, 1:58; 12:33; 15:24-5

Presentations, 6:17-8

References

Chairman, taking Chair, 2:15; 3:15; 12:33; 16:11

In camera meetings, 1:5-7; 8:3; 20:3

Research and development, 2:35, 42-3; 17:32

Status of Women Department estimates

1992-1993, main, 18:15-8, 23-5, 28-9, 33

1993-1994, main, 22:9, 16-7

Training programs, 18:28-9

United Nations, 22:16

Webster, Cynthia, 14:12

Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:19, 47; 11:26

Gross Domestic Product *see* Research and development—Funding

HA *see* Hyaluronic acid

Hair transplants *see* Medical devices—Safety

Hamilton Regional Cancer Centre *see* Breast cancer; Organizations appearing

Hanton, Ruth (YWCA of Canada)

Breast cancer, Committee study, 8:17-8, 24-5

Harder, Sandra (Committee Researcher)

Breast cancer, Committee study, 5:22; 7:19-20, 35; 15:24

Procedure and Committee business, witnesses, 15:24

References, *in camera* meetings, 8:3

Healing circle *see* Violence—Canadian Panel on Violence Against Women

Healing lodges *see* Prisons—Aboriginal women

Health care professionals *see* Breast cancer—Physicians

Health News *see* Breast cancer—Information

Health Research Foundation *see* Research and development—Pharmaceutical industry

Heart valves *see* Breast implants; Medical devices—Safety

Hill, Dr. Gerry (National Health and Welfare Department)

Breast cancer, Committee study, 1:11-20

Hip replacements *see* Breast implants

Homemakers

Women working outside home, conflicts, media/press creating, 18:12-3

Homosexual relationships *see* Family status

Hopeite *see* Breast implants—Defects

Hormones *see* Breast cancer—Treatment, Estrogen

Horrobin, Dr. David (Efamol Research Institute, Nova Scotia)

Breast cancer, Committee study, 9:4-16

References *see* Efamol Research Institute, Nova Scotia

House of Commons Broadcasting Branch *see* Breast implants—Video; Procedure and Committee business—Video

Howe, Dr. Geoffrey (National Cancer Institute of Canada)

Breast cancer, Committee study, 3:36-52

References *see* Appendices

Hryniuk, Dr. William (Hamilton Regional Cancer Centre)

Breast cancer, Committee study, 7:4-15, 19-22

References, leaving Canada, 7:4, 12

Human development index report *see* United Nations

Human Genome Project *see* National Cancer Institute of Canada—Projects

Hunter, Lynn (NDP—Saanich—Gulf Islands)

Breast cancer, Committee study, 5:4, 9, 18, 20; 11:13

Child care, 22:9

Disabled Women's Network, 22:10

Hunter, references, 5:18

Income tax, 22:12-3

Judicial system, 22:11-2

Hunter, Lynn—Cont.

- Status of Women Department estimates, 1993-1994, main, 22:9-13
- Violence, 22:10-1
- Women, 22:9, 13

Hyaluronic acid *see* Breast cancer—Research**Immigrant women**

- Domestic workers program, regulations, impact, 18:25-6
- Status of Women Department, 18:8
- See also* Training programs

Immigrants *see* Research and development—Science graduates**Immune system** *see* Breast cancer—Research**In camera meetings** *see* Procedure and Committee business**Income tax**

- Child care expense deduction, changing to tax credit, 18:23-5
- Child support, 22:12
- Child tax benefits, 18:22, 24-5; 22:13
- Status of Women Department, role, 18:23
- Spousal support, 22:12

Industry *see* Research and development—Funding**Infertility** *see* Medical Research Council—Budget expenditures**Informed consent document** *see* Physicians—Accountability**Innoval Ltd.** *see* Breast implants—Defects; Organizations appearing**Inquiries** *see* Committee studies and inquiries**Insurance companies** *see* Breast implants—United States**Insurers** *see* Cancer research—Treatment**International Medical Benefit Risk Foundation** *see* Research and development—Pharmaceutical industry**International Women's Day**

- Women's Rights are Human Rights* theme, 22:6

Ismail, Dr. Abdel Raouf (National Capital Society of Plastic Surgeons)

- Breast cancer, Committee study, 16:4-21
- References *see* Breast implants

Jaw implants *see* Medical devices—Safety**Je Sais/I Know**

- Mandate, United States groups, contact, etc., 6:12
- See also* Organizations appearing

Je Sais/I Know, Quebec

- Funding, Quebec government, 9:41
- See also* Organizations appearing

Johnson, Bette (Canadian Breast Cancer Foundation)

- Breast cancer, Committee study, 2:17-23, 25-8

Jones, Carole (Breast Cancer Action)

- Breast cancer, Committee study, 15:20-4

Judges *see* Judicial system—Educating**Judicial system**

- Educating
- Canadian Bar Association programs, 18:18-9

Judicial system—Cont.**Educating—Cont.**

- Judges, mandatory gender-sensitivity programs, 18:19-20; 22:11-2
- National Judicial Institute, role, 18:19; 22:12
- Western Judicial Education Centre, 22:11-2

Karpoff, Jim (NDP—Surrey North)

- Breast cancer, Committee study, 6:8-10, 24
- Breast implants, 6:8-10
- Cancer research, 6:24
- Medical devices, 6:10
- Procedure and Committee business, organization meeting, 1:5

Kelly, Pat (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)

- Breast cancer, Committee study, 1:35-43, 53-8

Labour market development boards *see* Training programs**Langan, Joy** (NDP—Mission—Coquitlam)

- References, *in camera* meetings, 1:7

Law enforcement agencies *see* Violence—Education**Legal actions** *see* Breast implants**Létourneau, Dr. E.G.** (National Health and Welfare Department)

- Breast cancer, Committee study, 13:4-21

Levine, Dr. Mark (Hamilton Regional Cancer Centre)

- Breast cancer, Committee study, 7:15-9, 21-2

Living with Cancer Program *see* Breast cancer—Canadian Cancer Society**Living without Fear...Every Woman's Right, Everyone's Goal** *see* Violence—Committee report**Lobbying** *see* Medical Research Council—Budget expenditures**Loveridge, Joan** (Canadian Cancer Society)

- Breast cancer, Committee study, 8:27-38

Lumpectomies *see* Breast cancer—Treatment**Lunenfeld Research Institute**

- Projects, peer review system, National Cancer Institute of Canada involvement, 4:13-6

Lung cancer

- Increases, 6:25
- Research, 6:26; 17:7, 10-1
- See also* Breast cancer

Lymphedema *see* Breast cancer—Treatment**Magnetic resonance test** *see* Breast cancer—Detection/screening programs**Male bias** *see* Breast cancer; Medical research**Males** *see* Breast cancer**Mammograms** *see* Breast cancer—Detection/screening programs**Manitoba** *see* Breast cancer *passim***Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening** *see* Breast cancer; Organizations appearing**Margolese, Dr. Richard** (McGill University)

- Breast cancer, Committee study, 3:4-24

- Marketplace** *see* Breast implants—Video; Procedure and Committee business—Video
- Marks, Leonora F.** (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)
Breast cancer, Committee study, 17:5, 8-9, 11-4, 16, 32
- Mastectomies** *see* Breast cancer—Treatment
- McGill University** *see* Organizations appearing
- McPherson, Paula** (Breast Cancer Research and Education Fund (St. Catharines, Ont.))
Breast cancer, Committee study, 11:16-20, 24-30
References *see* Breast cancer
- Media** *see* Homemakers—Women
- Medical devices**
Safety, approval procedures, 6:7, 10; 13:5-6, 8, 15
Hair transplants, jaw implants, comparison, 13:9
See also Breast cancer—Treatment; National Health and Welfare Department—Research and product safety
- Medical research**
Cancer, 2:34; 4:12, 16-7
Canadian Cancer Society, 2:34
Cancer genes, 4:5-11, 13
Diet, 5:19
Drugs, approval, 2:34; 4:17
Funding, 2:31-3, 37; 4:6, 10, 16
Molecular biology, impact, 4:5, 7, 9
Multi-drug resistance, 4:9, 40
National Cancer Institute of Canada, 2:32-3
Clinical research trials, 9:37
Funding, 2:9, 26
Projects, overlapping, 2:43-4
Provinces, 2:44
Quebec, 2:44
Wintario, 2:43
Male bias, 4:19-20
National Cancer Institute of Canada, 2:31
See also Medical research—Cancer
Products, untested, for use by women, 9:38, 41-2, 46
Retinal blastoma, 2:33, 37, 40
- Medical Research Council**
Budget expenditures, 2:6-7, 9, 11
Criteria, guidelines, 2:11-2
Lobbying, 2:10
Reproductive, infertility issues, 2:13-5
Funding, 2:5, 11, 14-5, 36; 17:10
See also Breast cancer—Research; National Cancer Institute of Canada
- Medicare**
United States, comparison, 10:28-9
Universality, 9:31
See also British Columbia; Cosmetic surgery
- Melanoma** *see* Breast cancer
- Members of Parliament** *see* Canadian Breast Cancer Foundation
- Meme breast implants** *see* Breast implants
- Mexico** *see* National Health and Welfare Department—Research and product safety
- Miller, Dr. Anthony B.** (National Breast Screening Study)
Breast cancer, Committee study, 5:4-23
National Breast Screening Study, results, Committee study, 20:4-28
References *see* Appendices
- Mitchell, Margaret Anne** (NDP—Vancouver East)
Breast cancer, Committee study, 9:33, 39-41, 46
Breast implants, 9:39-40, 46
Je Sais/I Know, Quebec, 9:41
Medical research, 9:41
- Molecular biology** *see* Medical research—Cancer
- Montreal, Que.** *see* Breast cancer—Mortality rates
- Moratorium** *see* Breast implants
- Morrison, Sylvia** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Breast cancer, Committee study, 1:43-53, 57-8
References *see* Breast cancer
- Morrissey, Christine** *see* Family status—Homosexual relationships
- Mortality rate** *see* Breast cancer; Breast implants; National Breast Screening Study—Results
- Mount Sinai Hospital** *see* Organizations appearing
- Multicultural communities** *see* Breast cancer—Information
- Multilingual** *see* Canadian Breast Cancer Foundation—Corporate sponsors
- NAFTA** *see* North American Free Trade Agreement
- National breast cancer information centre** *see* Breast cancer—Information
- National Breast Screening Study**
Canadian Association of Radiologists, members, participation, reaction to study, 20:4, 13-6; 21:11-2
Funding, costs, 20:5, 13, 16-7; 21:11-2
Objectives, methodology, equipment, etc., 20:5-6, 8, 27
Questionnaire, diet, 20:23, 27
Results, 20:25-7; 21:12
Age, node-negative tumours discovering, 20:4, 6-13, 16-9; 21:10
Canadian Journal of Public Health, publishing article, 20:20
Committee study, 20:4-28; 21:4-16
Interval cancer rates, 20:7-8, 12
Mortality rates, survival rate, 5-year mark, 20:4, 8-14, 17-9
Other studies, comparison, 20:10-2, 18; 21:10
See also Appendices—Miller; Breast cancer—Detection/screening programs; Committee—Witnesses; Organizations appearing
- National Cancer Institute of Canada**
Background information, 11:6
Budget, funding, 11:6, 9
Mandate, 11:6
Medical Research Council, relationship, 11:9
Projects, research, funding, 2:31-2, 44-5; 3:46; 8:4, 11-2, 15; 11:4-5, 7-8, 11-2; 16:25
Human Genome Project, 11:8-9
Information, public, 11:10

National Cancer Institute of Canada—Cont.

Projects, research, funding—*Cont.*

Peer review system, 11:5-7, 9

Women, reactions, different, studying, 11:14-5

See also Breast cancer—Research; Lunenfeld Research Institute—Projects; Medical research; Organizations appearing

National Cancer Institute (U.S.) *see* Breast cancer—

Detection/screening programs—Research; Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.

National Capital Society of Plastic Surgeons *see* Organizations appearing**National Health and Welfare Department**

Blais, Dr. Pierre, dismissal, documents disappearing, investigation, 12:32-3

Budget, 2:9, 13

Cancer research, 2:8-9; 11:10

Drugs Directorate, political appointments, 17:22, 24-5

Mandate, responsibility, 12:26

United States Food and Drug Agency, comparison, 12:26

Research and product safety

Medical devices, 13:4, 8, 10, 12

United States, Mexico, Canada, joint agency, establishing, funding, 12:26, 30-1

See also Breast cancer; Breast Cancer Action—Self-help; Breast implants; Organizations appearing

National Health Research and Development Program *see* Breast cancer—Research**National Judicial Institute *see* Judicial system—Educating****National Needs Study *see* Breast cancer—Research; Cancer research; Organizations appearing****National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A. *see* Organizations appearing—Y-ME****NBSS *see* National Breast Screening Study****Network Centres of Excellence Program *see* Research and development—Funding****Node-negative tumours *see* National Breast Screening Study—Results****Nodes *see* Breast cancer—Research—Treatment****Nodules *see* Breast cancer—Risk factors****North American Free Trade Agreement *see* Women****Nuns *see* Breast cancer—Occupational factors****Occupational factors *see* Breast cancer****OHIP system *see* Breast cancer****Old age pensions**

Spouses allowance provisions, discriminatory, 18:16-7, 31, 33

Older Women's Network position, 18:15

Older Women's Network *see* Old age pensions—Spouses allowance provisions**Olivotto, Dr. Ivo (British Columbia Cancer Agency)**

Breast cancer, Committee study, 9:16-33

References *see* Appendices

Ombudsman, medical *see* Breast cancer**Ontario *see* Violence—Public education campaign****Ontario Breast Screening Program *see* Breast cancer—Detection/screening programs; Organizations appearing****Ontario Cancer Institute *see* Organizations appearing****Ontario Cancer Treatment and Research Foundation *see* Organizations appearing****Optimam *see* Breast implants****Orders of Reference**

Employment and Immigration Department estimates, 1992-1993, main, 18:3

Western Economic Diversification Office estimates, 1993-1994, main, 22:3

Organization meeting *see* Procedure and Committee business**Organizations appearing**

Breast Cancer Action, 15:20-4

Breast Cancer Research and Education Fund (St. Catharines, Ont.), 11:16-30

British Columbia Cancer Agency, 9:16-23

Burlington Breast Cancer Support Services Inc., 1:35-58

Canadian Breast Cancer Foundation, 2:16-30

Canadian Cancer Society, 8:4-16

Canadian Society for Clinical Investigation, 17:17-33

Efamol Research Institute, Nova Scotia, 9:4-16

Falk Oncology Clinic, 6:16-30

Hamilton Regional Cancer Centre, 7:4-23

Innova Ltd., 9:46; 12:4-34

Je Sais/I Know, 6:4-15

Je Sais/I Know, Quebec, 9:33-45

Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening, 15:4-12, 14-9

McGill University, 3:4-24

Mount Sinai Hospital, 4:4-18

National Breast Screening Study, 5:4-23; 20:4-28

National Cancer Institute of Canada, 2:30-45; 3:36-52; 8:16-27; 11:4-15

National Capital Society of Plastic Surgeons, 16:4-21

National Health and Welfare Department, 1:11-20; 2:4-15; 13:4-21; 15:21-2

National Needs Study, 7:23-36

Ontario Breast Screening Program, 5:24-44

Ontario Cancer Institute, 3:24-35; 6:32-41

Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, 1:20-35

Patient Participation Study, 7:36-52

Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, 17:4-7, 9-17, 29, 32-4

Queen's University Medical School, 16:21-38

Status of Women Department, 18:5-34; 22:5-17

Toronto Bayview Regional Cancer Centre, 4:34-49

University of Manitoba, 21:4-16

Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A., 10:4-29

YWCA of Canada, 8:27-38

See also individual witnesses by surname

Orphan populations *see* Drugs—Approval procedure**Ottawa Declaration on Women and Structural Adjustment *see* Economic equality—Commonwealth**

- Pagtakhan, Rey** (L—Winnipeg North)
References, *in camera* meetings, 8:3
- Pain** *see* Breast cancer—Treatment
- Palliative care units** *see* Breast cancer
- Paltiel, Freda** (National Health and Welfare Department)
Breast cancer, Committee study, 15:21-2
- Pangman, Dr. William J.** *see* Breast implants—History
- Parascholzite** *see* Breast implants—Defects
- Parole** *see* Violence
- Patent Act (amdt.) (Bill C-22) (2nd Sess., 33rd Parl.)** *see*
Research and development—Pharmaceutical industry
- Patented Medicine Prices Review Board** *see* Pharmaceutical
industry—Prices; Research and development—
Pharmaceutical industry
- Patents** *see* Drugs—Approval procedure
- Pater, Dr. Joe** (National Cancer Institute of Canada)
Background information, 8:4
Breast cancer, Committee study, 8:4-16
- Patient Participation Study** *see* Breast cancer—Research;
Cancer research; Organizations appearing
- Patient services** *see* Canadian Cancer Society
- Paul, Nancy** (Canadian Breast Cancer Foundation)
Breast cancer, Committee study, 2:16-7, 23-6, 28-30
References *see* Breast cancer
- Peer review system** *see* Lunenfeld Research Institute—Projects;
National Cancer Institute of Canada—Projects
- Pension credits**
Divorce/separation, splitting, Pensions Acts (amdt.), Special
Retirement Arrangements Act and Pension Benefits
Division Act (Bill C-55), impact, 18:32-4
- Pensions Acts (amdt.), Special Retirement Arrangements Act
and Pension Benefits Division Act (Bill C-55)** *see* Pension
credits—Divorce
- Perrault, Dr. Danièle** (Ontario Breast Screening Program)
Breast cancer, Committee study, 5:24-44
References *see* Appendices
- Pharmaceutical industry**
Advertising budget, research budget, comparison, 17:12-3, 16
Employment, 17:6
Prices, Patented Medicine Prices Review Board reports,
17:5-6
Profits, 17:9
See also Breast cancer—Research; Drugs—Approval
procedure; Research and development
- Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada** *see*
Appendices; Organizations appearing
- Phillips, Dr. Robert** (National Cancer Institute of Canada)
Breast cancer, Committee study, 2:30-45
References *see* Appendices
- Physicians**
Accountability, 12:28-9
Informed consent document, 12:29-30
- Physicians—Cont.**
Accountability—*Cont.*
United States, comparison, 12:29
See also Breast cancer; Breast implants; Committee—
Witnesses; Y-ME, National Organization for Breast
Cancer Information and Support, U.S.A.
- Physiotherapists**
Numbers, schools, 14:11-2
See also British Columbia—Medicare
- Physiotherapy** *see* Breast cancer—Treatment
- Plastic surgery**
Reimplantation surgery, 16:4, 12-3
Risk factors, 16:12-3
See also Cosmetic surgery
- Political activism** *see* Breast cancer
- Polyurethane coverings** *see* Breast implants—Implants—Meme
- Postlewaite, Gordon** (Pharmaceutical Manufacturers
Association of Canada)
Breast cancer, Committee study, 17:4-7, 9-17, 29, 32-4
- Poverty**
Statistics, pre-tax/post-tax, 22:16-7
Women, older, 18:31
- Pregnancy** *see* Drugs—Women; Employers—Workplace
standards
- Press** *see* Homemakers—Women
- Princess Margaret Hospital** *see* Breast cancer—Treatment
facilities
- Prisons**
Aboriginal women, healing lodges, 18:14-5
Facilities, smaller, building, 18:15
- Pritchard, Dr. Kathleen** (Toronto Bayview Regional Cancer
Centre)
Breast cancer, Committee study, 4:34-49
References *see* Appendices
- Procedure and Committee business**
Acting Chairman, taking Chair, 2:13; 3:3; 4:3; 5:3; 6:13; 12:28;
16:3; 20:19
Business meetings, *in camera* meetings, 1:6-7; 8:3; 13:3; 14:3;
20:3
Chairman
Election, M. (Clancy), 1:9, agreed to, 5
Late, apologizing, 3:15; 16:11; 22:9
Leaving, apologizing, 20:12
Taking Chair, 2:15; 3:3; 12:33; 16:3
Documents, appending to minutes and evidence
Ms., 10:29, agreed to, 3; 17:31, agreed to, 3
Graphs, appending to minutes and evidence, 21:3, agreed to
In camera meetings, 1:5-7, 11; 8:3; 13:3, 21; 14:3; 20:3
M. (Feltham), 1:10-1, agreed to, 5
Proposing, 6:39
Transcripts, destroying at end of session, motion tabling,
1:10
Information, appending to minutes and evidence, M., 17:34,
agreed to, 3
Letter, appending to minutes and evidence, 16:3, agreed to

Procedure and Committee business—Cont.

Meetings

- Adjourning, quorum lacking, 6:31, 41
- Legislative committee meeting, conflict, Member unable to attend this meeting, letter sent to Committee Clerk, 21:4
- Resuming, 5:3, 24
- Scheduling, 15:25; 17:34-5
- Keeping to original timetable, 6:31-2

Members

- Absence, 2:4
- Leaving, 1:35; 6:39; 9:25-6

Ministers

- Appearing before Committee, requesting, 14:3, agreed to
- Statement, taken as read, Chairman ordering, 22:4

Minutes and evidence, no *Issue 19*

Motions, tabling, 1:10

Organization meeting, 1:9-11

- Overheads, slides, appending to minutes and evidence, 1:8, agreed to; 9:3, agreed to; 11:3, agreed to
- M., 2:45, agreed to, 3
- M. (Black), 3:52, agreed to, 3
- M., 4:41, agreed to, 3
- M. (Clancy), 5:20, agreed to, 3
- M., 5:44, agreed to, 3
- M. (Clancy), 6:39, agreed to, 3

Presentation, appending to minutes and evidence,

- M. (Black), 20:28, agreed to, 3

Printing, minutes and evidence, M. (Black), 1:9, agreed to, 5

Proceedings, broadcasting, television, filming for program, 1:25

Questioning of witnesses, motion tabling, 1:10

Members

- Asking too many questions at one time, 20:13-4
- Directing questions through Chair, 6:30-1
- Interrupting, 6:30

Quorum

- Lack, 6:31
- Meeting and receiving/printing evidence, without, M. (Clancy), 1:10, agreed to, 5

Report to Committee

Drafting, 15:25

First

- Chairman presenting to Committee, 1:6, agreed to
- Draft, as amended, adopting, 1:6, agreed to

Reprint

*Issue 6**Issue 17*

Researcher's report, appending to minutes and evidence,

- M. (Black), 15:24, agreed to, 3

Slide presentation, 14:5; 16:5

See also Procedure and Committee business—OverheadsStaff, congratulations *re* birth of daughter, 1:6, agreed to

Terms of Reference and Workplan

- Adopting, M. (Black), 1:10, agreed to, 5

Draft

- Adopting, M. (Clancy), 1:11, agreed to, 7
- Researchers preparing, 1:7, agreed to
- Vice-Chairman, election, 1:9

Procedure and Committee business—Cont.

- Video, House of Commons Broadcasting Branch taping, making available on Demand Video, 5:42, agreed to, 3
- Presentation, 2:16

Votes in House

Meetings

- Adjourning, 21:14
- Suspending, 5:3, 23

Witnesses

- Inviting, 1:58; 12:33; 15:24-5; 20:3, agreed to
- Presentations, Member interrupting, 6:17-8

Pronovost, Denis (PC—Saint-Maurice; Ind—Saint-Maurice as of June 17, 1993)

- Breast cancer, Committee study, 1:31-3, 52-4

Prostaglandin *see* Breast cancer—Research**Prosthetics** *see* Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.—Wig and prosthetic bank**Prostrate cancer** *see* Breast cancer—Treatment**Provinces** *see* Breast cancer—Detection/screening programs; Child care; Medical research—Funding; Training programs**Public education campaign** *see* Violence**Quality of life** *see* Breast cancer—Research**Quayle Commission** *see* Breast cancer—Research**Quebec** *see* Breast cancer—Information—Treatment; Breast implants; Canadian Breast Cancer Foundation; Je Sais/I Know, Quebec—Funding; Medical research—Funding; Research and development**Queen's University Medical School** *see* Organizations appearing**Radiation** *see* Breast cancer—Detection/screening programs—Risk factors—Treatment; Cancer**Radiation therapy** *see* Breast cancer—Treatment facilities**Rape shield law** *see* Violence**Reach for Recovery** *see* American Cancer Society; Breast cancer—Canadian Cancer Society; Canadian Cancer Society—Betteley**Reimplantation surgery** *see* Plastic surgery**Report to Committee**

- First (Violence against women), 1:6
- See also* Violence—Committee report

Reprints *see* Procedure and Committee business**Reproductive history** *see* Breast cancer—Risk factors**Reproductive issues** *see* Medical Research Council—Budget expenditures**Research and development**

- Canadian scientific literature, global impact, 2:35-6
- Funding, 2:35-6; 3:46
- Government, 7:11
- Gross Domestic Product, percentage, 2:35-6
- Industry, 2:36-8, 40
- Network Centres of Excellence Program, 2:40
- Other countries, comparison, 2:35; 7:10, 14-5
- United States, comparison, 7:10

Research and development—Cont.

Grants, etc., 2:36

Pharmaceutical industry, 17:5-6, 9, 12-3

Association of Canadian Medical Colleges study, 17:4

Health Research Foundation, 17:7

International Medical Benefit Risk Foundation, 17:8

Patent Act (amdt.)(Bill C-22)(2nd Sess., 33rd Parl.),
impact, 2:38, 40; 7:7

Patented Medicine Prices Review Board review, 17:4-5, 11

Universities, projects, relationship, 17:4, 9-10

Quebec, 2:36-7, 40

Science graduates, shortage, 2:34-5, 37, 40; 7:9-11

Brain drain, United States, 2:35; 3:45-7; 7:11

Immigrants, 2:42-3; 7:11

Women, researchers, percentage, 17:15, 32-3

Barriers, 21:15

See also Breast cancer; Breast implants; Canadian Breast Cancer Foundation—Grants; Canadian Cancer Society—Projects; Cancer research; Economic equality—Status of Women Department; Efamol Research Institute, Nova Scotia; Lung cancer; Pharmaceutical industry—Advertising budget

Research and product safety *see* National Health and Welfare Department

Response to the Review of the Canadian Drug Approval System *see* Appendices—Pharmaceutical Association of Canada

Retinal blastoma *see* Medical research

Rieder, Dr. Michael (Canadian Society for Clinical Investigation)

Breast cancer, Committee study, 17:17-33

Rigbey, Betty (Breast Cancer Research and Education Fund (St. Catharines, Ont.))

Breast cancer, Committee study, 11:20-4, 26-7

References *see* Breast cancer

Rio de Janeiro, Brazil *see* United Nations—Conference on Environment and Development

Rolleston, Dr. F.S. (National Health and Welfare Department)
Breast cancer, Committee study, 2:6-15

Royal Commission on New Reproductive Technologies

Status of Women Department, reviewing recommendations, 18:20-1

Royal Commission on the Status of Women *see* Women

Saline implants *see* Breast implants—Defects

Saskatchewan *see* Breast cancer—Aboriginal women—Detection/screening programs—Incidence statistics

Scleroderma *see* Breast implants—Defects

Screening programs *see* Breast cancer—Detection/screening programs

Secretary of State Department

Women, programs, cutbacks, 22:13, 15

See also Disabled Women's Network—Funding

Self-healing *see* Breast cancer—Treatment

Seniority *see* Employers—Workplace standards

Separation *see* Pension credits—Divorce

Side-effects *see* Breast cancer—Treatment

Silicone gel *see* Breast implants—Defects

Skelly, Raymond (NDP—North Island—Powell River)

Breast cancer, Committee study, 10:44-7

Smith, Dr. May (National Health and Welfare Department)

Breast cancer, Committee study, 2:4-6, 8-9, 12-3, 15

Smoking *see* Breast cancer—Risk factors; Cancer

Social services departments *see* Breast cancer—Treatment facilities

Sparrow, Hon. Barbara Jane (PC—Calgary Southwest; Parliamentary Secretary to Minister of National Health and Welfare from May 8, 1991 to June 25, 1993; (Minister Designate of Natural Resources) Minister of Energy, Mines and Resources and Minister of Forestry from June 25, 1993)

Breast cancer, Committee study, 3:12, 17-9; 5:10-1, 13, 15, 17, 20-1, 25-34, 36-7, 40-3; 12:7, 9-13, 18-21, 33-4

Breast implants, 12:7, 9-13, 18-21, 33-4

Procedure and Committee business

Video, 5:42

Witnesses, inviting, 12:33

References, *in camera* meetings, 8:3

Spiegel study *see* Breast cancer—Treatment

SPORES *see* Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.—Funding

Spousal support *see* Economic equality—Status of Women Department; Income tax

Spouses allowance provision *see* Old age pensions

Stalking *see* Violence

Standard of living *see* Women

Stanford University *see* Breast cancer—Treatment

Stanley, Kay (Status of Women Department)

Status of Women Department estimates, 1992-1993, main, 18:10, 15

Status of Women Department

Administrative reform, 22:8

Documents, *Building Blocks: Framework for a National Strategy on Violence Against Women*, 18:6

Estimates

1992-1993, main, 18:5-34

1993-1994, main, 22:5-17

Mandate, programs, 18:5, 12; 22:5, 8

See also Aboriginal women; Economic equality; Education, post-secondary; Immigrant women; Income tax—Child tax benefits; Organizations appearing; Royal Commission on New Reproductive Technologies; Violence

Status of Women Subcommittee *see* Committee

Sterns, Dr. E.E. (Queen's University Medical School)

Breast cancer, Committee study, 16:21-38

References *see* Appendices; Canadian Breast Cancer Foundation

Strategy for the Integration of Work and Family

Responsibilities *see* Economic equality—Status of Women Department

- Studies and inquiries** *see* Committee studies and inquiries
- Sunlight** *see* Breast cancer—Risk factors
- Surgery** *see* Cosmetic surgery; Plastic surgery
- Survival rate** *see* Breast cancer; National Breast Screening Study—Results
- Survivors' groups** *see* Breast cancer
- Tamoxifen** *see* Breast cancer—Prevention
- Tardif, Marcella** (Je Sais/I Know, Quebec)
Breast cancer, Committee study, 9:33-45
See also Breast implants—Defects
- Testicular implants** *see* Breast implants
- Thalidomide** *see* Drugs—Approval procedure
- The Journal** *see* Breast cancer—Meetings
- Toghill, Barry** (Individual presentation)
Breast cancer, Committee study, 14:18-32
References *see* Breast cancer—Families
- Toghill, Karen** *see* Breast cancer—Families
- Toronto Bayview Regional Cancer Centre** *see* Organizations appearing
- Training programs**
Canadian Jobs Strategy, cutbacks, women effect, 18:27-30
Child care provisions, including, 18:22
Employment and Immigration Department, role, 18:27-8
Immigrant women, 18:29
Labour market development boards, impact, 18:28-9
Provinces, adult education programs, 18:28
Unemployment insurance, funding, 18:27-8, 30
- Translation** *see* Breast cancer—Information, YWCA of Canada
- Transportation** *see* Breast cancer—Treatment; Canadian Cancer Society—Patient services
- Unemployment insurance** *see* Training programs
- United Kingdom** *see* Breast cancer—Detection/screening programs—Treatment; Breast implants; Drugs—Approval procedure
- United Nations**
Commission on the Status of Women, violence against women, Canadian resolution, Declaration on the Elimination of Violence Against Women, 18:6-7; 22:6
Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, Brazil, women, participation, 18:7
Human development index report, 22:13-4
Employment, 22:14
Statistics used, 22:15-7
Wage gap, 22:14
- United States**
Food and Drug Agency *see* National Health and Welfare Department—Mandate
- United States—Cont.**
General Accounting Office *see* Breast cancer
See also Breast cancer; Breast implants; Canadian Breast Cancer Foundation; Drugs—Approval procedure—Women; Efamol Research Institute, Nova Scotia—Products; Je Sais/I Know—Mandate; Medicare; National Health and Welfare Department—Research and product safety; Physicians—Accountability; Research and development—Funding—Science graduates
- Universities** *see* Research and development—Pharmaceutical industry
- University of Manitoba** *see* Organizations appearing
- Unpaid work** *see* Economic equality
- Vachon, Dr. Mary** (National Needs Study)
Breast cancer, Committee study, 7:23-36
- Vancouver study** *see* Breast cancer—Treatment
- Venne, Pierrette** (PC—Saint-Hubert; BQ—Saint-Hubert as of August 12, 1991)
Breast cancer, Committee study, 1:18-9, 34-5, 57-8; 2:10-1, 27-9; 9:42-4; 11:16, 25-6; 12:13, 21-3
Breast implants, 9:42-4; 12:13, 21-3
Canadian Breast Cancer Foundation, 2:27-8
Medical Research Council, 2:10-1
Procedure and Committee business, witnesses, 1:58
References, *in camera* meetings, 1:5-6
Secretary of State Department, 22:13
Status of Women Department estimates, 1993-1994, main, 22:13-5
United Nations, 22:13-5
Violence, 22:15
- Video** *see* Procedure and Committee business
- Violence**
Battered women, shelters, funding, etc., 18:10-1
Canadian Panel on Violence Against Women
Administrative problems, 18:9-10
Healing circle, 18:5
Report, 22:5, 15-6
Status of Women Department, relationship, 18:9-10
Committee report, *The War Against Women*, 18:6, 10-1
Government response, *Living Without Fear...Every Woman's Right, Everyone's Goal*, 18:6, 11
Community security, crime prevention, symposium, 22:6
Education
Law enforcement agencies, 22:11
Women's organizations, 22:10-1
International actions, Yugoslavia, former, situation, 22:6
Parole, restrictions, 22:6
Public education campaign
Ontario, comparison, 18:11
Status of Women Department, involvement, 18:10-1
Rape shield law, women's organizations, consultation process, 22:6
Stalking, criminal harassment, legislation proposing, 22:5

Violence—Cont.

- Status of Women Department Programs, etc., 18:5
- See also* Violence—Canadian Panel on Violence Against Women—Public education campaign
- See also* United Nations—Commission on the Status of Women; Women

Violence against women *see* Report to Committee—First

Voluntary organizations *see* Breast cancer

Wage gap *see* United Nations—Human development index

War Against Women, The *see* Violence—Committee report

Washington, D.C. *see* Appendices

Webster, Cynthia E. (Individual presentation)

- Breast cancer, Committee study, 14:4-18
- References, background information, 14:4, 12

Wellspring *see* Breast cancer

Western Economic Diversification Office

- Estimates, 1993-1994, main, Votes 10 and 15 *see* Orders of Reference; Status of Women Department

Western Judicial Education Centre *see* Judicial system—Education

WHO *see* World Health Organization

Wig and prosthetic banks *see* Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.

Wilbee, Stan (PC—Delta)

- Breast cancer, Committee study, 11:8-9; 12:5, 11, 14, 17-8
- Breast implants, 12:5, 11, 14, 17-8
- National Cancer Institute of Canada, 11:9
- References, *in camera* meetings, 1:6

Willborn, Annette (YWCA of Canada)

- Breast cancer, Committee study, 8:19-27

Willems, Noelle-Dominique (YWCA of Canada)

- Breast cancer, Committee study, , 8:16-7, 22, 25-7

Wilson, Linda (Je Sais/I Know)

- Breast cancer, Committee study, 6:4-15
- References *see* Breast implants—Meme

Wintario *see* Medical research—Funding

Witnesses *see* Committee; Organizations appearing; Procedure and Committee business and *individual witnesses by surname*

Women

- Canada-United States Free Trade Agreement, impact, 22:13
- Commonwealth Women's Affairs Ministers meeting, 22:7
- Coronary Diseases in Women* document, 17:8
- History Month, 22:8

Women—Cont.

- North American Free Trade Agreement, impact, 22:13
- Royal Commission on the Status of Women report, 22:16
- Standard of living, 22:16
- Violence, draft report, consideration, *in camera* meetings, 1:6
- Work family responsibilities, integrating, 22:10
 - Bank of Montreal programs, 22:9
 - Federal government, role, 22:9
- World Conference on Women, 1995, Beijing, China, 22:6-7
- Yukon Declaration on Economic Equality of Women, 22:7
- See also* Breast cancer—Education; Drugs; Education, post-secondary; Homemakers; Medical research—Products; National Cancer Institute of Canada—Projects; Poverty; Research and development; Secretary of State Department; Training programs—Canadian Jobs Strategy; United Nations—Conference on Environment and Development; Violence

Women's Rights are Human Rights *see* International Women's Day

Workplace standards *see* Employers

World Conference on Women, 1995 *see* Women

World Health Organization *see* Breast cancer—Incidence statistics

Y-ME, National Organization for Breast Cancer Information and Support, U.S.A.

- Advocacy role, public policies, impact, 10:11
- Breast Cancer Coalition, 10:11-2, 20-1
- Letter writing campaign, 10:11-2, 20; 11:29
- American Cancer Society, relationship, 10:10
- Background information, 10:4-11, 17-8
- Funding, expenses, 10:6, 16-8
- SPORES, 10:14
- Hotline, referrals, information materials, services, etc., 10:5-7, 15, 18-9, 47; 11:18, 24-5
- Meetings, chapters, etc., 10:7-9
- National Cancer Institute (U.S.), relationship, 10:4-6, 10, 14, 16, 21
- Newsletter, 10:9, 19
- Physicians, relationship, 10:6-8, 15-6; 11:26-7
- Wig and prosthetic bank, 10:9
- Workshops, seminars, conferences, 10:8-9
- See also* Breast cancer—Detection/screening program—Information; Breast implants—Meme; Organizations appearing

Yugoslavia, former *see* Violence—International actions

Yukon Declaration on Economic Equality of Women *see* Women

YWCA of Canada

- Background information, 8:17, 25
- See also* Breast cancer; Organizations appearing

- Vivre sans peur... Un but à atteindre, un droit pour toute femme, document*
Gouvernement, réponse, dépôt, date, 18:6
- Warren, D' Linda.** *Voir* Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein—Recommandations
- Washington, D.C.** *Voir* Appendices—Sous-comité
- Webster, Cynthia E.** (témoin à titre personnel)
Exposé, 14:4-10
Pratique privée, 14:12
Sein, cancer, étude, 14:4-18
- Wellspring, idée**
Description, 3:34
- Wilbee, Stan (PC—Delta)**
Blais, D' Pierre, 12:17
Cancer, recherche, 11:8
Institut national du cancer du Canada, 11:9
Prothèses mammaires, 12:11, 14, 17-8
Sein, cancer, étude, 11:8-9; 12:5, 11, 14, 17-8
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:6
- Willborn, Annette (YWCA du Canada)**
Sein, cancer, étude, 8:19-27
- Willems, Noelle-Dominique (YWCA du Canada)**

- Willems, Noelle-Dominique—Suite**
Sein, cancer, étude, 8:16-7, 22, 25-7
Wilson, Linda (Je sais/I Know)
Sein, cancer, étude, 6:4-15
- Wintario.** *Voir* Cancer, recherches—Financement
- Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (Etats-Unis)**
Activités politiques, 10:20-2
Audiences, tenue, 10:21
Brochures, distribution, médecins, rôle, 10:16
Coalition du cancer du sein, création, 10:20
Début, description, 10:17
Élargissement, 10:18
Exposé, 10:4-14
Familles, soutien, programme, 10:15
Fonds
Dépenses, répartition, 10:17-8
Sources, 10:17
Ligne téléphonique 1-800, Canada, utilisation, 10:19
National Cancer Institute, brochures, gratuité, 10:16
Voir aussi Appendices; Dépistage précoce, programmes—Mammographie; Témoins
- YWCA du Canada**
Exposé, 8:16-21
Voir aussi Témoins

- Témoins—Suite**
 Toghil, Barry, 14:18-32
 Webster, Cynthia E., 14:4-18
 Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (Etats-Unis), 10:4-29
 WCA du Canada, 8:16-27
- Toghil, Barry** (témoin à titre personnel)
 Exposé, 14:18-26
 Sein, cancer, étude, 14:18-32
- Travail non rémunéré**
 Mesure et évaluation, Conférence internationale, 22:8
- Travaillieuses domestiques. Voir Immigrantes**
- Travaux du Sous-comité**
 Diversification de l'économie de l'Ouest, budget principal 1993-1994, 22:5-17
 Emploi et immigration, budget principal 1992-1993, 18:5-34
 Sein, cancer, 1:7, 11-58; 2:4-45; 3:4-52; 4:4-49; 5:4-44; 6:4-41; 7:4-52; 8:4-38; 9:4-47; 10:4-48; 11:4-30; 12:4-34; 13:4-21; 14:4-32; 15:4-25; 16:4-38; 17:4-35
 Dépistage, étude nationale, conclusions, 20:4-28; 21:4-16
 Travaux futurs, 1:6-8; 8:3; 20:3
- Tumorectomie. Voir Sein, cancer**
- Université Dalhousie. Voir** Institut de recherche sur Etamol, Nouvelle-Ecosse
- Université du Manitoba. Voir** Appendices
- Vachon, D' Mary** (National Needs Study)
 Sein, cancer, étude, 7:23-36
- Venne, Pierre** (PC—Saint-Hubert; BO—Saint-Hubert à compter du 12 août 1991)
 Cancer, recherches, 2:10-1
 Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 22:15
 Dépistage précoce, programmes, 1:34
 Diversification de l'économie de l'Ouest, budget principal 1993-1994, 22:13-5
 ONU, 22:13-5
 Promotion de la femme, programme, 22:13
 Prothèses mammaires, 1:18; 9:4-42; 12:13, 22:3
 Sein, cancer, étude, 1:18-9; 34-5; 57-8; 2:10-1, 27-9; 9:42-4; 11:16; 25-6; 12:13, 21-3
 Sous-comité, 1:58
 Séances à huis clos, présence, 1:5-6
- Vice-président du Sous-comité**
 Opposition, député, 1:9
- Violence faite aux femmes**
 Campagne de sensibilisation, 18:10-1
 Financement, 18:10-2
 Juges, formation, cours, 22:11-2
 Policiers, formation, cours, 22:10-1
 Priorité de la ministre responsable de la situation de la femme, 18:5
- Rapport**
 Adoption, 1:6
 Projet, étude, 1:5-6
 Scène internationale, Canada, chef de file, rôle, 18:5-7; 22:6-7
 «Tolérance zéro», objectif, initiatives et stratégies, 18:6
- Sterns, D' E.E.** (témoin à titre...—Suite
Voir aussi Appendices; Sous-comité—Témoins—Convocation, comparution, etc.
- Stratégie de développement de la population active**
 Financement, augmentation, 18:30
- Stratégie de planification de l'emploi (SPE)**
 Financement
 Coupures, justification, 18:27-8
 Sources, 18:29-30
- Suède. Voir** Cancer, recherches
- Tamoxifen, médicament**
 Effets secondaires, description, 4:14-5
 Recherches, 16:27
 Renseignements, 4:13-4
- Tardif, Marcella** (Je sais! Know, Québec)
 Sein, cancer, étude, 9:33-45
- Témoins**
 Association canadienne de l'industrie du médicament, 17:4-17, 28, 32-4
 Barr, Sharon, 4:18-34
 Bayview Regional Cancer Centre de Toronto, 4:34-49
 Blais, D' Pierre, 9:46
 Breast Cancer Action, 15:20-4
 Breast Cancer Research and Education Fund (Ste Cathérines Ont.), 11:16-29
 British Columbia Cancer Agency, 9:16-33
 Burlington Breast Cancer Support Services Inc., 1:35-58
 Caldwell, Judy, 10:29-48
 Centre régional du cancer de Hamilton, 7:4-22
 Condition féminine, ministre, 18:10, 15
 Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein, 5:4-23; 20:4-28
 Falk Oncology Clinic, 6:16-30
 Fondation canadienne du cancer du sein, 2:16-30
 Gordon, D' Richard, 21:4-16
 Hôpital Mount Sinai de Toronto, 4:4-18
 Inovaal Lié, 12:4-34
 Institut de recherche sur Etamol, Nouvelle-Ecosse, 9:4-16
 Institut du cancer de l'Ontario, 3:24-35; 6:32-41
 Institut national du cancer du Canada, 2:30-45; 3:36-52; 8:4-16; 11:4-16
 Je sais! Know, 6:4-15; 9:33-45
 Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening, 15:4-12, 14-9
 Margolis, D' Richard, 3:4-24
 Ministre responsable de la situation de la femme, 18:5-34; 22:5-17
 National Needs Study, 7:23-36
 Ontario Breast Screening Program, 5:24-44
 Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, 1:20-35
 Patient Participation Study, 7:36-52
 Santé nationale et Bien-être social, ministre, 1:11-20; 2:4-15; 13:4-21; 15:21-2
 Société canadienne de recherches cliniques, 17:17-33
 Société canadienne du cancer, 8:27-38
 Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale, 16:4-21
 Sterns, D' E.E., 16:21-38

- Sein, cancer—Suite**
 Traitements—Suite
 Radiothérapie
 Attente, durée, 9:28-9
 Utilisation, 5:41-2
 Rapidité, 1:28
 Résistance, 4:48
 Suggestion, 4:32
 Surveillance post-commercialisation, 17:30-1
 Uniformité, 16:35
 Tumeur, grosseur, évolution, 9:32-3; 21:11
Tumorectomie
 Choix, régions, pourcentage, 9:28
 États-Unis, utilisation, 10:15
Voir aussi sous le titre susmentionné Mastectomies—Et
 Types divers, 3:23
Voir aussi Association canadienne de l'industrie du médicament; Caldwell, Judy; Colombie-Britannique; Étude nationale; Fondation canadienne; Institut du cancer de l'Ontario—Études médicales—Gras; Institut national du cancer du Canada—Recherches; Santé nationale et Bien-être social, ministère; Y-ME, Organisme nationale d'information
- Services correctionnels**
 Installations, construction, 18:14-5
 «Maison de guérison» autochtone, construction, 18:14-5
 Prison pour femmes à Kingston, Ont., fermeture, date, 18:15
SIDA. Voir Sein, cancer
- Silicone. Voir** Implants; Instruments médicaux; Prothèses mammaires
- Skelly, Raymond** (NPD—North Island—Powell River)
 Ombudsman médical, 10:44, 46
 Sein, cancer, étude, 10:44-7
- Smith, May** (ministère de la Santé et du Bien-être social)
 Sein, cancer, étude, 2:4-6, 8-9, 12-3, 15
- Société canadienne de recherches cliniques**
 Exposé, 17:17-24
 Fondation, 17:24
Voir aussi Témoins
- Société canadienne du cancer**
 Aide, source, méconnaissance, 8:36
 Documentation et renseignements, médecins, accessibilité, difficultés, 8:33-5
 Exposé, 8:27-33
 Fonds, répartition, 8:11-2
Voir aussi Cancer, recherches—Financement—Sources; Témoins
- Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale**
 Brochure, publication, 16:14
 Exposé, 16:4-11
Voir aussi Témoins
- Sociétés pharmaceutiques. Voir** Cancer, recherches—Financement—Sources; Drogues, recherche, programme
- Sous-comité**
 Diapositives
 Présentation, 16:5; 17:17
 Documents, annexion au compte rendu, 2:45; 3:52; 4:41; 5:20, 44; 6:39; 9:46; 10:29; 15:24; 17:31, 34; 20:28
 Fonctionnement, 6:30-1
 Mandat
 Description, 1:3-4
 Et plan de travail, adoption, 1:10-1
 Rapport, rédaction, participation, 15:22-4
 Réponses écrites, demande, 12:21
 Séance d'organisation, 1:9-11
 Séances
 À huis clos, 1:5-7; 10-1; 8:3; 13:21; 20:3
 Tenue, 6:39
 Transcription, 1:10
 Ajournerement, 21:14
 Calendrier, 6:31-2; 15:24-5; 17:34-5
 Horaire, conflit, 21:4
 Tenue et impression des témoignages en l'absence de quorum, 1:10
 Témoins
 Convocation, comparution, etc., 20:3
 Association des plasticiens, 15:24
 Association médicale canadienne, 15:24
 Callaghan, D' Bryan, 15:24
 Canadian Society of Plastic Surgeons, 12:33
 Sterns, D' E.E., 15:24
 Exposé, interruption, 6:17-8
 Interrogatoire, 1:10
 Liste, 1:11, 58
 Travaux futurs, 1:6-7; 8:3; 20:3
Voir aussi Affaire *Linda Wilson*—Liste; Appendices
- Sparrow, l'hon. Barbara J.** (PC—Calgary-Sud-Ouest; secrétaire parlementaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du 8 mai 1991 au 25 juin 1993; (ministère de l'Énergie, des Mines et des Ressources et ministre des Forêts à compter du 25 juin 1993)
 Dépistage précoce, programmes, 5:10-1, 20-1, 26, 43
 Médecins, 5:34, 40
 Ontario Breast Screening Program, 5:37
 Prothèses mammaires, 3:17-8; 5:42; 12:7, 9-13, 19-21, 33-4
 Sein, cancer, étude, 3:12, 17-9; 5:10-1, 13-4, 17, 20-1, 25-34, 36-7, 40-3; 12:7, 9-13, 18-21, 33-4
 Sous-comité, 12:33
 Séance à huis clos, présence, 8:3
- SPE. Voir** Stratégie de planification de l'emploi
- Spiegel, étude**
 Allusion, 7:35
 Recherches, reprise, 3:33-4; 10:16-7
 Résultats, 3:31
- Stanford, étude. Voir plutôt** Spiegel, étude
- Stanley, Kay** (ministère de la Condition féminine)
 Emploi et immigration, budget principal 1992-1993, 18:10, 15
- Sterns, D' E.E.** (témoin à titre personnel)
 Exposé, 16:21-5
 Sein, cancer, étude, 16:21-38

- Rieder, D^r Michael** (Société canadienne de recherches cliniques)
Sein, cancer, étude, 17:17-33
- Rigbey, Betty** (Breast Cancer Research and Education Fund)
(Ste Catherine's Ont.)
Sein, cancer, étude, 11:20-4, 26-7, 29
- Rollleston, F.S.** (ministère de la Santé et du Bien-être social)
Sein, cancer, étude, 2:6-15
- Royaume-Uni.** Voir Acide linoléique gamma—Essais; Instituts de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse; Médicaments
- Santé**
Financement
Montant total, 2:9
Répartition, 1:54-6
Voir aussi Cancer, recherches—Science; Ménopause; Programme national; Sein, cancer
- Santé nationale et Bien-être social, ministère**
Exposés, 1:11-3; 13:4
Médicaments, Direction, nominations, 17:24-5
Santé, protection, Direction générale
Documents, destruction, enquête, 12:32
Enquêtes diverses, 12:32-3
Organisme indépendant, remplacement, 12:30-1
Service, modifications, 12:26
Sein, cancer et recherches
Chercheurs exclusifs, 1:16
Fonds, comparaison, 1:16-7
Programmes, existence, 1:15-6
Voir aussi Affaire Linda Wilson; Témoins
- Saskatchewan.** Voir Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein
- Sclérodermie**
Cas, nombre, 16:17-8
- Séance d'organisation.** Voir Sous-comité
- Sein, cancer**
Âges
Répartition, taux, 16:27-8
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Attitudes; Facteurs de risque; Mortalité; taux
Alcool, lien, études, 1:13-4
Alimentation
Lien
Confirmation, 5:15
Établissement, études, 20:23-4, 26-8
Allaitement naturel
Études, 3:51-2
Répercussions, 3:14
Antécédents familiaux, incidence, 1:14-5
Attitudes différentes selon les âges, 7:35
Augmentation
Autochtones, raisons, 1:14
Explications, 3:45; 4:18; 7:12
Biopsies, 5:27-8; 16:33-4
Brochures, série canadienne
Auteurs et rédacteurs, 8:21-2
Distribution, 8:22-4
Financement, sources, 8:25
- Sein, cancer—Suite**
Brochures, série canadienne—Suite
Fondation canadienne du cancer du sein, rôle, 8:23-4
Mise à jour, 8:22
Revue médicamenteuse, réaction, 8:22-3
Traduction, fonds, obtention, 8:22, 25
Cancer primaire, 5:20
Caractéristiques uniques, 8:15-6
Causes diverses
Complexité, 3:24
Recherches, 11:28; 21:12
Suppositions, 8:26-7; 20:26-8
Chirurgies, cicatrices, conséquences, 14:15-6
Cigarettes, incidence, controverse, 1:18
Consommateurs, activisme, 10:47-8
Dépistage, étude nationale, conclusions, examens, 20:4-28; 21:4-16
Divulgateurs, loi, adoption, 7:37
Données
Centre, établissement, 11:24
Codification, méthodes, 1:26-7
Obtention, difficultés, 4:28, 30
Voir aussi sous le titre *susmentionné* États-Unis—Étude; Graines alimentaires; Mastectomies; Recherches—
- Douleur**, 7:34-5
Entrée, groupes
Coordination, 16:29
Établissement, 10:44-5
Existence, 4:30-1; 15:22
Familles, 14:27-8
Femmes et hommes, différences, 11:25-6
Financement, 15:21-2
Incompréhension, 8:35-7
Médicins, réactions, 4:31-2; 8:35-6
Utilité, 3:31-2; 7:35
Épidémie, 21:6
États-Unis
Différences, 2:24-5
Étude Quayle, données, application au Canada, 7:12
Mouvement, début, 7:37
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Mortalité; taux; Recherches; Tumorectomie
Étendue par région, 5:21-2
Étude, 1:7, 11-58; 2:4-45; 3:4-52; 4:4-49; 5:4-44; 6:4-41; 7:4-52; 8:4-38; 9:4-47; 10:4-48; 11:4-30; 12:4-34; 13:4-21; 14:4-32; 15:4-25; 16:4-38; 17:4-35
Examens, fréquence, controverses, 5:16-7
Facteurs de risque
Âge, 3:12-3
Apparition des menstruations, âge, 5:30
Énumération, 5:30
Études, 1:19-20, 33-4
Femmes, sensibilisation et consentement, 15:18-9
Oestrogènes, prise, 1:18-9; 3:4-5; 4:47-8; 5:30-1; 16:29-30; 20:26-8
Raisons congénitales, 10:46-7
Seins, anomalies, 4:47
Femmes
Ménopauses, situation, 4:45
Perception, 7:38

- Prothèses mammaires—Suite**
 Enlèvements. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*
 États-Unis
 Coûts, remboursement, 10:27-8
 Décision, application, 12:22
 Options diverses
 Essais, 10:22
 Kessler, propositions, 10:24-5
 Recours collectif, 10:26-7
 Situation, 10:18-9
Études
 Accessibilité, 13:17
 Auteurs, 13:16-7
 Description, 13:4
 Possibilités, 10:25-6
Voir aussi sous le titre susmentionné Même; Silicône—
 Données
 Extractions, 12:8-10, 13:5; 16:15-6
 Fabricants, poursuites, 9:42
 Gouvernement fédéral
 Et gouvernements provinciaux, réactions, 9:41-2
 Mandat, 12:22-3
 Grande-Bretagne, utilisation, 12:27-8
 Groupe de travail, création, 13:11
 Durée, 12:15
 Implant salin
 Enveloppe, décomposition, 12:16
 Problèmes, symptômes, 12:15-6
 Remplacement, 16:17
 Implantation
 Cas, description, 9:45
 Consentement éclairé, principe, 10:24-7
 Coûts, 9:44
 Femmes, nombre, 1:18; 12:24
 Paiement, assurance-maladie, régime, rôle, 9:44
 Raisons, 10:22-3
 Réussite, taux, 13:8-10
 Risques, variations, 13:13
Voir aussi sous le titre susmentionné Même
 Information
 Accessibilité, 12:17-8, 28-30, 33-4
 Diffusion, 9:45; 13:12-3
 Inadéquate, 10:24-7
 Précommercialisation, 13:4-5
Voir aussi sous le titre susmentionné Médecins
 Inquêtes, 10:40-1
 Interdiction, 12:23
 Je sais/I know, exposé, 9:33-9
 Kerrigan, Carolyn, enquête, 12:28
 Médecins
 Attitude, 9:40-1
 Information, 9:42-3
 Poursuites, 9:42-4; 12:31, 33
 Silence, 12:16-7
Même
 Approbation, 12:21
 Chirurgiens, opposition, 6:11-2
 Dangers, Association médicale canadienne, conclusions, 6:11-2
 Documentation, accessibilité, 12:19-20
Reproduction. Voir Cancer, recherches; Femmes
 Obtention, 5:23
 Baise, 3:46
 Crédits
 Chercheurs, pénurie, 3:45-6
Recherche médicale
 Financement, manque, 21:16
 Radiologistes, nombre, 21:11, 15
 Pourcentage, 17:15, 32-3
 Femmes
 création, suggestion, 21:16
 Chaires de recherche dans les départements de radiologie,
Recherche et développement
médicament, document. Voir Appendices—Association
Réaction de l'Association canadienne de l'industrie du
radiothérapie. Voir Sein, cancer—Traitements
 Activités; Prothèses mammaires—*Même*
Québec. Voir Fondation canadienne du cancer du sein—
 Programmes—Mammographie—Femmes—Portant;
 Ismail, D' Abdel Raouf—*Même*
Voir aussi Chirurgie esthétique—Et; Dépistage précoce,
 Silicône
Voir aussi sous le titre susmentionné Polyuréthanes;
 Utilisation, 16:6
 Solutions de rechange, 16:16
 Spécimens, examen, 12:7
 Utilisation, 13:14-6
 Remplacement, 13:16
 Données et études, accessibilité, 13:7-8
 Composition, 12:14-5
 Canada, position officielle, 13:8
 Silicône
 Effets secondaires, 16:31
 Diagnostics subéquivalents, difficultés, 16:32-3
 Sein, reconstruction
 Retrait du marché, 12:8; 13:10-1
 Information
 Renseignements. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*
 Recommandations à faire au ministre, 12:24-5
 Résultats, 16:13-4
 Inadéquates, 9:40
 Recherches
 Polyuréthanes, utilisation, 12:20-1
 Satisfaction, taux, 16:11-2
 Déjà malades, 16:18
 Patientes
 Polyuréthanes
 Mousses. *Voir plutôt sous le titre susmentionné*
 Situation, 17:27
 Rappel, données, 13:17-9
 Québec, recours collectif, 9:43-4
 Implantation, souffrance, femmes, nombre, 6:15; 12:24
 Études, absence, 6:29
 Enveloppe, composantes, 13:14-5
Même—Suite
Prothèses mammaires—Suite

- National Breast Screening Study.** *Voir plutôt* Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein
- National Cancer Institute.** *Voir* Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (Etats-Unis)
- National Needs Study**
Recommandations, publication, 7:35-6
Répondants, scolarité, 7:30
Résultats, détails, 7:23-31
Voir aussi Témoins
- Oestrogène**
Usage, inquiétudes, 16:27
Voir aussi Sein, cancer—Facteurs de risque
- Olivetto, D' Ivo** (British Columbia Cancer Agency)
Sein, cancer, étude, 9:16-33
- Ombudsman médical**
Nomination, suggestion, 10:44, 46
- Ontario Breast Screening Program**
Femmes, listes, obtention, 5:36-7
Résultats, détails, 5:24-39
Voir aussi Appendices; Témoins
- Ontario Cancer Treatment and Research Foundation**
Exposé, 1:20-5
Information, diffusion, 1:30-1
Voir aussi Appendices; Témoins
- ONU** (Organisation des Nations Unies)
Développement humain et qualité de vie, rapport 1993, données, 22:13-5
- Ordres de renvoi**
Crédits 1992-1993
Emploi et immigration, budget principal, 18:3
Crédits 1993-1994
Diversification de l'économie de l'ouest, budget principal, 22:3
- Organisation des Nations Unies.** *Voir plutôt* ONU
- Pagtkhan, Rey** (L—Winnipeg-Nord)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 8:3
- Patel, Freda** (ministère de la Santé et du Bien-être social)
Sein, cancer, étude, 15:21-2
- Pater, D' Joe** (Institut national du cancer du Canada)
Sein, cancer, étude, 8:4-16
- Patient Participation Study**
Résultats, détails, 7:36-45
Scolarité, niveau, 7:50-1
Sondages, 7:46
Voir aussi Témoins
- Paul, Nancy** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Sein, cancer, étude, 2:16-7, 23-30
- Pension alimentaire**
Imposition, formule, modification, possibilité, 22:12-3
- Perrault, D' Danièle** (Ontario Breast Screening Program)
Sein, cancer, étude, 5:24-44
- Philips, Robert** (Institut national du cancer du Canada)
Sein, cancer, étude, 2:30-45
- Physiothérapeutes**
Sous-représentation, 14:11-2
- Physiothérapie.** *Voir* Sein, cancer
- PNRDS.** *Voir* Programme national de recherche et de développement en matière de santé
- Postlewaite, Gordon** (Association canadienne de l'industrie du médicament)
Sein, cancer, étude, 17:4-7, 9-17, 28, 32-4
- Poumons, cancer.** *Voir* Sein, cancer
- Président du Sous-comité**
Election de Greene, 1:9
Présidentes suppléantes
Anderson, 3:4
Black, 2:13
- Prison pour femmes à Kingston.** *Voir* Services correctionnels
- Pritchard, D' Kathleen** (Bayview Regional Cancer Centre de Toronto)
Sein, cancer, étude, 4:34-49
- Procès-verbaux et témoignages**
Fascicule 19 n'existe pas.
Impression, 1:9
- Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)**
Activités, statistiques, 2:5-6
Voir aussi Conseil de recherches médicales du Canada—Recherches et Responsabilités
- Programme post-mastectomie**
Publicité, 8:24-5
- Promotion de la femme, programme**
Coupsures, 22:13, 15
- Pronovost, Denis** (PC—Saint-Maurice; Ind.—Saint-Maurice à compter du 17 juin 1993)
Médecins, 1:32-3, 53
Santé, 1:54
Sein, cancer, étude, 1:31-3, 52-4
- Prothèses mammaires**
Analyses, description, 12:18-9
Assurances, 16:20
Cancer, risques, évaluation, 3:17-8
Changements, provocation, 12:10-1
Complication, taux, 16:19-21
Composition, 12:7-9
Coûts, 12:26-7
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Etats-Unis; Implantation
- Défectuosités**
Conséquences, 12:23
Description, 12:11-3
Preuves, 12:33-4
Durée, 12:12-3
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Implant salin
- Échecs, 9:46**
Emission
Le Journal, 1:25
Markelplace, enregistré le 3 décembre 1991, 5:42

- Kerrigan, Carolyn.** Voir Prothèses mammaires
- Kessler.** Voir Prothèses mammaires—États-Unis—Options diverses
- Kingston, Ont.** Voir Services correctionnels—Prison
- Langan, Joy** (NPD—Mission—Coquitlam)
- Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:7
- Le Journal.** Voir Prothèses mammaires—Émission
- Létourneau, D' E.G.** (ministère de la Santé et du Bien-être social)
- Sein, cancer, étude, 13:4-21
- Levine, D' Mark** (Centre régional du cancer de Hamilton)
- Sein, cancer, étude, 7:15-9, 21-2
- Ligne téléphonique 1-800.** Voir Sein, cancer—Information: Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (États-Unis)
- Loveridge, Joan** (Société canadienne du cancer)
- Sein, cancer, étude, 8:27-38
- Lymphoedème.** Voir Sein, cancer
- Mammographie.** Voir Dépistage précoce, programmes
- Manitoba.** Voir Sein, cancer—Traitement—Décisions—Projet-pilote
- Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening**
- Exposé, 15:4-12
- Voir aussi Témoins
- Margolese, D' Richard** (témoin à titre personnel)
- Sein, cancer, étude, 3:4-24
- Markelplace.** Voir Prothèses mammaires—Émission
- Marks, Leonora F.** (Association canadienne de l'industrie du médicament)
- Sein, cancer, étude, 17:6, 8-9, 11-4, 16, 28, 32
- Mastectomies.** Voir Programme post-mastectomie; Sein, cancer
- McPherson, Paula** (Breast Cancer Research and Education Fund (St Catharines Ont.))
- Sein, cancer, étude, 11:16-20, 24-9
- Médecins**
- Attitudes, 1:53; 5:40-1; 7:21-3; 10:15; 14:30-1
- Chirurgiens, hommes, pourcentage, 3:16
- Communication, difficultés, 14:28-30
- Compétences, 11:26-7
- Formation permanente, importance, 4:41-2; 5:34, 40
- Hommes
- Et femmes, différence, 10:19
- Voir aussi sous le titre *susmentionné* Chirurgiens
- Information
- Diffusion obligatoire, 13:20-1
- Et sensibilité, 1:32-3; 3:20-2; 4:26-7
- Liste, préparation, 10:47
- Négligences professionnelles, poursuites judiciaires, nombre, 4:42-3
- Plaintes, registre, établissement, 11:27
- Recommandations, 7:45-6
- Médecins—Suite**
- Voir aussi Cancer—Information: Cancer, recherches—
- Patients; Institut de recherche sur Efamol,
- Nouvelle-Écosse; Médicaments—AH—Liaison; Prothèses mammaires; Sein, cancer—Entraide, groupes et *passim*;
- Société canadienne du cancer—Documentation; Y-ME,
- Organisme national d'information sur le cancer du sein (États-Unis)—Brochures
- Médicaments**
- AH
- Isolation, date, 6:22-3
- Liaison avec médicament, médecins, réaction, 6:23-4
- AINS, description, 6:23
- Approbation, délais, 17:25
- Consommateurs, renseignements, obtention, difficultés, 17:16-7
- Essais cliniques
- Critères, 6:28-9
- Protocoles internationaux, 17:28
- Études des phases I, II et III, explications, 6:29-30
- Fabrication, 9:15-6
- Grossesse, temps, prescription, 17:25-6, 29-30
- Médicaments d'urgence, programme. Voir *pluôt* sous le titre *susmentionné* Médicaments expérimentaux
- Médicaments expérimentaux
- Accès, facilité, 6:27-8; 7:13, 19-21
- Effets préjudiciables, 17:33
- Fonds, création, recommandation, 6:27
- Processus, inconvénients, 17:31-2
- Utilisation restreinte, 2:41-2; 3:16-7
- Obtention pour raisons humanitaires, 6:27
- «Populations orphelines», 17:28-9
- Royaume-Uni, comparaison, 17:16, 31
- Surveillance post-commercialisation, 17:30
- Voir aussi Association canadienne de l'industrie du médicament—Sein; Sein, cancer—Recherches; Tamoxifen
- Melanome.** Voir Cancer; Sein, cancer
- Même.** Voir Ismail, D' Abdel Raouf; Prothèses mammaires
- Ménopause**
- Santé, effets, recherches, 4:45-6
- Miller, D' Anthony B.** (Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein)
- Sein, cancer
- Dépistage, étude nationale, conclusions, examen, 20:4-28
- Étude, 5:4-23
- Ministre responsable de la situation de la femme.** Voir Témoins; Violence faite aux femmes—Priorité
- Mitchell, Margaret Anne** (NPD—Vancouver-Est)
- Femmes, 9:40
- Prothèses mammaires, 9:40-1
- Sein, cancer, étude, 9:33, 39-41, 46
- Morrison, Sylvia** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
- Sein, cancer, étude, 1:43-53, 57-8
- Voir aussi Burlington Breast Cancer Support Services Inc.—
- Membre

- Antton, Ruth** (YWCA du Canada)
Sein, cancer, étude, 8:17-8, 24-5
- Harder, Sandra** (recherche pour le Sous-comité)
Sein, cancer, étude, 5:22; 7:19-20, 35; 8:3; 15:24
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 20:3
Voir aussi Appendices—Sous-comité
- Hill, Gerry** (ministère de la Santé et du Bien-être social)
Sein, cancer, étude, 1:11-20
- Hôpital Mount Sinai de Toronto**
Exposé, 4:4-10
Voir aussi Témoins
- Horrobin, D' David** (Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse)
Sein, cancer, étude, 9:4-16
- Howe, D' Geoffrey** (Institut national du cancer du Canada)
Sein, cancer, étude, 3:36-52
- Hryniak, D' William** (Centre régional du cancer de Hamilton)
Canada, départ, 7:12
Sein, cancer, étude, 7:4-15, 19-22
- Hunter, Lynn** (NPD—Saatchi—Les Iles-du-Golfe)
Action-femmes handicapées, bureau, 22:10
ALÉNA, 22:13
Dépistage précoce, programmes, 11:13
Diversification de l'économie de l'Ouest, budget principal 1993-1994, 22:9-13
Emploi, égalité, programme, 22:9
Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, 5:18
Études médicales, 5:18, 20
Garderie, services, 22:9
Pension alimentaire, 22:12-3
Sein, cancer, étude, 5:4; 9, 18, 20; 11:13
Violence faite aux femmes, 22:10-2
- Immigrantes**
Travailleuses domestiques, nouveau règlement, révision, 18:25-7
Voir aussi Femmes, égalité; Institut du cancer de l'Ontario—Études médicales—Femmes
- Implants**
Gel, utilisations diverses, 12:15
Silicone
Problèmes, description, 12:25
Utilisations diverses, 12:15
Voir aussi Prothèses mammaires
- Implants mammaires. Voir plutôt** Prothèses mammaires
- INCC. Voir** Institut national du cancer du Canada
- Industrie pharmaceutique**
Profits et recherches, statistiques, 16:37-8
- Innoval Ltée**
Exposé, 12:4-6
Voir aussi Témoins
- Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse**
Exposé, 9:4-10
Laboratoire et bureaux, taille, 9:11-2
Médécins, nombre, 9:12
- Kelly, Pat** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Cancer, recherches, 6:24
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Violence faite aux femmes
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Sein, cancer, étude, 15:20-4
- Jones, Carole** (Breast Cancer Action)
Sein, cancer, étude, 2:17-23, 25-8
- Johnson, Bette** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Voir aussi Prothèses mammaires; Témoins
Mémoire, 6:4-8
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
- Je sais/I Know**
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
Mémoire, 6:4-8
Partientes, risques, discussion, 16:14-5, 18
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Ismail, D' Abdel Raouf** (Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale)
Même, prothèse mammaire, non-utilisation, 16:14
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Je sais/I Know**
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
Mémoire, 6:4-8
Voir aussi Prothèses mammaires; Témoins
- Johnson, Bette** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Sein, cancer, étude, 2:17-23, 25-8
- Jones, Carole** (Breast Cancer Action)
Sein, cancer, étude, 15:20-4
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Violence faite aux femmes
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
Cancer, recherches, 6:24
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Kelly, Pat (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Médécins, nombre, 9:12
Laboratoire et bureaux, taille, 9:11-2
- Kelly, Pat** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Cancer, recherches, 6:24
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Violence faite aux femmes
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Sein, cancer, étude, 15:20-4
- Jones, Carole** (Breast Cancer Action)
Sein, cancer, étude, 2:17-23, 25-8
- Johnson, Bette** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Voir aussi Prothèses mammaires; Témoins
Mémoire, 6:4-8
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
- Je sais/I Know**
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
Mémoire, 6:4-8
Partientes, risques, discussion, 16:14-5, 18
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Ismail, D' Abdel Raouf** (Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale)
Même, prothèse mammaire, non-utilisation, 16:14
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Immigrantes**
Travailleuses domestiques, nouveau règlement, révision, 18:25-7
Voir aussi Femmes, égalité; Institut du cancer de l'Ontario—Études médicales—Femmes
- Implants**
Gel, utilisations diverses, 12:15
Silicone
Problèmes, description, 12:25
Utilisations diverses, 12:15
Voir aussi Prothèses mammaires
- Implants mammaires. Voir plutôt** Prothèses mammaires
- INCC. Voir** Institut national du cancer du Canada
- Industrie pharmaceutique**
Profits et recherches, statistiques, 16:37-8
- Innoval Ltée**
Exposé, 12:4-6
Voir aussi Témoins
- Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse**
Exposé, 9:4-10
Laboratoire et bureaux, taille, 9:11-2
Médécins, nombre, 9:12
- Kelly, Pat** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Cancer, recherches, 6:24
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Violence faite aux femmes
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Sein, cancer, étude, 15:20-4
- Jones, Carole** (Breast Cancer Action)
Sein, cancer, étude, 2:17-23, 25-8
- Johnson, Bette** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Voir aussi Prothèses mammaires; Témoins
Mémoire, 6:4-8
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
- Je sais/I Know**
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
Mémoire, 6:4-8
Partientes, risques, discussion, 16:14-5, 18
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Ismail, D' Abdel Raouf** (Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale)
Même, prothèse mammaire, non-utilisation, 16:14
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Immigrantes**
Travailleuses domestiques, nouveau règlement, révision, 18:25-7
Voir aussi Femmes, égalité; Institut du cancer de l'Ontario—Études médicales—Femmes
- Implants**
Gel, utilisations diverses, 12:15
Silicone
Problèmes, description, 12:25
Utilisations diverses, 12:15
Voir aussi Prothèses mammaires
- Implants mammaires. Voir plutôt** Prothèses mammaires
- INCC. Voir** Institut national du cancer du Canada
- Industrie pharmaceutique**
Profits et recherches, statistiques, 16:37-8
- Innoval Ltée**
Exposé, 12:4-6
Voir aussi Témoins
- Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse**
Exposé, 9:4-10
Laboratoire et bureaux, taille, 9:11-2
Médécins, nombre, 9:12
- Kelly, Pat** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Cancer, recherches, 6:24
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Violence faite aux femmes
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Sein, cancer, étude, 15:20-4
- Jones, Carole** (Breast Cancer Action)
Sein, cancer, étude, 2:17-23, 25-8
- Johnson, Bette** (Fondation canadienne du cancer du sein)
Voir aussi Prothèses mammaires; Témoins
Mémoire, 6:4-8
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
- Je sais/I Know**
Groupes semblables américains, existence, 6:12-3
Mémoire, 6:4-8
Partientes, risques, discussion, 16:14-5, 18
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Ismail, D' Abdel Raouf** (Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale)
Même, prothèse mammaire, non-utilisation, 16:14
Sein, cancer, étude, 16:4-21
- Immigrantes**
Travailleuses domestiques, nouveau règlement, révision, 18:25-7
Voir aussi Femmes, égalité; Institut du cancer de l'Ontario—Études médicales—Femmes
- Implants**
Gel, utilisations diverses, 12:15
Silicone
Problèmes, description, 12:25
Utilisations diverses, 12:15
Voir aussi Prothèses mammaires
- Implants mammaires. Voir plutôt** Prothèses mammaires
- INCC. Voir** Institut national du cancer du Canada
- Industrie pharmaceutique**
Profits et recherches, statistiques, 16:37-8
- Innoval Ltée**
Exposé, 12:4-6
Voir aussi Témoins
- Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse**
Exposé, 9:4-10
Laboratoire et bureaux, taille, 9:11-2
Médécins, nombre, 9:12
- Kelly, Pat** (Burlington Breast Cancer Support Services Inc.)
Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Sein, cancer, étude, 6:8-10, 24
Cancer, recherches, 6:24
Affaire *Linda Wilson*, 6:8-10
- Karpoft, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Violence faite aux femmes
- Juges. Voir** Agressions sexuelles—Crime; Femmes—Besoins;
Sein, cancer, étude, 15:20

- Femmes—Suite**
 Mesurations, apparition, âge, moyenne, 5:30
 Mesures législatives, participation, 22:6
 Préoccupations, 22:5
 Promotion, programme. *Voir plutôt* Promotion de la femme, programme
 Protection, 9:40
 Rémunération, revenus nets ou bruts, données, utilisation, 22:16-7
 Reproduction, difficultés, pourcentage, 2:14
 Violence. *Voir plutôt* Violence faite aux femmes
- Femmes autochtones et développement économique, programme**
 Activités, 18:31
 Condition féminine, ministère, rôle, 18:30-1
 Début, date, 18:31
 Financement, sources, 18:31
- Femmes, égalité**
 Défis, 18:8
 Économie, restructuration, répercussions, 18:7-8
 Environnement, questions, rôle, 18:7
 Gouvernement, plan de travail, objectifs, 18:5
 Immigrantes, accessibilité, 18:8
 Lesbienness, cas, 18:12
 Progrès, exemples, 18:17-8
- Femmes, histoire, mois**
 Initiative, succès, 22:8
- Fondation canadienne du cancer du sein**
 Activités
 Description, 2:17-22
 Québec, situation, 2:27-8
 Bénévoles, point de vue, 2:16-7
 Députés, aide, forme, 2:29
 Documentation, traduction, 2:26-8
 États-Unis, organismes, liaison, 2:24-5
 Financement, sources, 2:29
 Symbole, explication, 2:29-30
Voir aussi Sein, cancer—Brochures, série canadienne; Témoins
- Forger des alliances: Plan d'action pour une stratégie nationale contre la violence faite aux femmes, document**
 Stratégie, Condition féminine, ministère, rôle, 18:6
- Gaffney, Beryl (L—Népean)**
 Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:7
- Garderies, services**
 Bénéficiaires et personnes restant à la maison, coûts, exemples, 18:25
 Crédit d'impôt remboursable, possibilité, examen, 18:23-5
 Financement, gouvernement, rôle, 18:21-3
 Programme national, mise sur pied, possibilité, 22:9
- Gessler, Sandra (Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening)**
 Sein, cancer, étude, 15:4-8, 14, 17-9
- Globe and Mail. Voir Appendices—Stierns**
- Gordon, D' Richard (témoin à titre personnel)**
 Sein, cancer, dépistage, étude nationale, conclusions, examen, 21:4-16
- Gouvernement. Voir** Emploi, égalité, programme—Responsabilités; Femmes, égalité; Garderies, services—Financement; Prothèses mammaires; *Vivre sans peur... Un but à atteindre, un droit pour toute femme*, document
- Grande-Bretagne. Voir** Dépistage précoce, programmes—Mammographie; Prothèses mammaires
- Green, Sharon (Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (États-Unis))**
 Sein, cancer, étude, 10:4-29
- Greene, Barbara (PC—Don Valley-Nord; secrétaire parlementaire du président du Conseil du Trésor du 1^{er} septembre 1993 au 31 août 1994) (présidente)**
 Acide linoléique gamma, 9:14-5
 Affaire *Linda Wilson*, 6:13
 Aggressions sexuelles, 18:18
 Allocations au conjoint, programme, 18:15-6
 Breast Cancer Action, 15:21
 Cancer, 3:35; 7:48-52
 Cancer, recherches, 2:12, 14-5, 35, 42-4; 6:28
 Centres de traitement du cancer, 8:37
 Chirurgie esthétique, 13:13-4, 20
 Colombie-Britannique, sein, cancer, dépistage, programme, 9:32-3; 10:28-9
 Dépistage précoce, programmes, 3:48-9; 8:26; 10:23; 15:16-7; 16:34
 Diversification de l'économie de l'Ouest, budget principal 1993-1994, 22:16-7
 Emploi et immigration, budget principal 1992-1993, 18:15-8, 23-5, 28-9, 33
 Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, 21:14-5
 Femmes, 2:14; 18:28-9, 33; 22:16-7
 Femmes, égalité, 18:17
 Fondation canadienne du cancer du sein, 2:23
 Garderies, services, 18:23-5
 Institut du cancer de l'Ontario, 6:40-1
 Médecins, 7:21-2; 10:47; 11:26-7; 13:21
 Médicaments, 2:41-2; 6:27-8; 7:19-21; 9:15-6; 17:16, 31
 National Needs Study, 7:30, 36
 Patient Participation Study, 7:50-1
 Prothèses mammaires, 1:25; 6:15; 9:44-5; 10:24-7; 12:7-9, 11, 13-4, 28-9; 13:12-6; 16:18-20, 32
 Santé nationale et Bien-être social, ministère, 12:30
 Sein, cancer
 Dépistage, étude nationale, conclusions, examen, 21:14-5
 Étude, 1:19-20, 25; 2:12, 14-5, 23, 35, 41-4; 3:35-6, 48-51; 6:13, 15, 27-8, 40-1; 7:19-22, 25, 30, 34-6, 48-52; 8:15, 26-7, 37; 9:14-6, 21, 29, 32-3, 44-5; 10:23-9, 47; 11:13-5, 26-7; 12:7-9, 11, 13-4, 28-30; 13:12-7, 20-1; 14:16; 15:16-7, 21-2; 16:18-20, 32-6; 17:16, 31
 Sous-comité, séances à huis clos, présence, 1:5-7; 8:3; 20:3
Voir aussi Président du Sous-comité—Élection
- Grossesse. Voir** Médicaments
- Halifax, N.-É. Voir** Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein
- Handicapées. Voir** Action-femmes; Dépistage précoce, programmes—Auto-examen

- Dépistage précoce, programmes—Suite**
 Imagerie par résonance magnétique—Suite
 Méthodes diverses, recommandations, 21:11
 Installations, 1:26
 Mammographie
 Appareils archaïques
 Changements, 20:5-6
 Utilisation, 1:34
 Certitudes, 15:13-5
 Coûts-avantages, rapport, 10:23-4
 Demandes, 9:30-1
 Données, centralisation, efficacité, 11:13
 Effets néfastes, documentation, accessibilité, 15:16
 Etude
 Publication, date, 2:39
 Résultats, 15:18
 Femmes
 50 ans et moins, 15:14; 16-7; 16:28
 Ménopausées, 1:27; 16:25-6
 Portant prothèses mammaires, risques, 16:15
 Fiabilité, 4:46; 5:42-3
 Fréquence, 5:17-8
 Grande-Bretagne, nouvelles machines, mise au point, 10:23
 Groupes d'âge distincts, 5:10-1
 Obstacles, 5:33-5
 Qualité, 20:6
 Rapidité, 1:28
 Réserves, 15:17
 Taux, fluctuations, 20:6-8
 Tendances, 5:32
 Utilisation
 Méthodes, 7:13-4; 16:26
 Recommandations, 16:34
 Y-M/E, Organisme national d'information sur le cancer du sein (Etats-Unis), opinion, 10:23
 Méthodes diverses, comparaison, 5:22; 26:21:13-4
 Suivis, durée, 20:25-6
Diversification de l'économie de l'Ouest
 Budget principal 1993-1994, 22:5-17
Douglas, Kristen (rechercheur pour le Sous-comité)
 Sous-comité, séances à huis clos, présence, 1:5-7
Drogues, recherche, programme
 Sociétés pharmaceutiques, collaboration, 8:12-3
Economie. Voir Femmes, égalité
Emploi, égalité, programme
 Responsabilités professionnelles et familiales, intégration, gouvernement, rôle, 22:9-10
Emploi et immigration
 Budget principal 1992-1993, 18:5-34
Enfants, prestations, programme
 Condition féminine, ministère, participation, 18:23
Entraide, groupes. Voir Cancer
Environnement. Voir Femmes, égalité
Epgam. Voir Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse—Produits
Estrogène. Voir plutôt Oestrogène
Etats-Unis
 Cancer, recherches, fonds, répartition, 10:19-20
 Clinic Alert, programme, allusion, 3:22
 Voir aussi Acide linoléique gamma—Essais; Association canadienne de l'industrie du médicament—Produits, approbation; Colombie-Britannique, sein, cancer, dépistage, programme; Fondation canadienne du cancer du sein; Institut de recherche sur Efamol, Nouvelle-Ecosse—Recherches; Prothèses mammaires; Sein, cancer
Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein
 Conclusions, modifications, facteurs démographiques, possibilité, 21:14
 Contexte, résumé, 20:4-5
 Coûts, 5:18; 20:13; 16-7
 Halifax, N.-E., site, 5:16
 Participation, Association canadienne des radiologistes, 20:13-6
 Rapport, publication, 20:4
 Recommandations différentes du Dr Linda Warren, 21:11
 Résultats
 Comparaisons avec d'autres pays, 20:10-2
 Critiques et opposition, 21:10
 Décès, 20:8-9
 Détails, 5:4-15
 Interprétation, 21:4
 Survie, taux, 20:9-10
 Saskatchewan, centre, mise sur pied, absence, 5:15-6
 Voir aussi Appendices; Témoins
Etude Quayle. Voir Sein, cancer—Etats-Unis
Etudes médicales
 Coûts, comparaison, 5:18-20
 Hommes et femmes, comparaison, 5:20
 Voir aussi Institut du cancer de l'Ontario
Falk Oncology Clinic
 Mémoire, 6:16-22
 Patients, traitements, application, autorisation, 6:25-6
 Voir aussi Appendices; Témoins
Falk, Dr Rudy (Falk Oncology Clinic)
 Sein, cancer, étude, 6:16-30
Feltham, Louise (PC—Wild Rose)
 Sous-comité, séance à huis clos, présence, 1:5
Femmes
 Actions politiques, regroupement, 11:28-30
 Âgées de moins de 65 ans, fonds de pension, accessibilité, difficultés, 18:31-4
 Besoins, formation obligatoire pour les juges, 18:19-20
 Egalité économique, 22:7-8
 Formation, programmes
 Changements, 18:28-9
 Participation, taux, diminution, 18:29
 Initiatives internationales, 22:6-7
 Marché du travail
 Et restant à la maison, différences, 18:12-4
 Industrie, contribution, 18:14
 Retrait, difficultés, 16:37

- Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction
Rapport, crédibilité, 18:20-1
- Condition féminine, ministère
Plan de travail, 18:5
- Priorités, 18:5
- Rôle, description, 18:5-8; 22:8
- Voit aussi* Enfants, prestations, programmes; Femmes autochtones et développement économique, programme; *Forger des alliances: Plan d'action pour une stratégie nationale contre la violence faite aux femmes*, document—Stratégie; Témoins
- Conférence internationale sur l'évaluation et la mesure du travail non rémunéré. *Voit plutôt* Travail non rémunéré—Mesure et évaluation, Conférence internationale
- Conseil de recherches médicales du Canada (CRMIC)
Recherches, chevauchement avec celles du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, 2:12
- Responsabilités, comparaison avec celles du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, 2:6-7
- Voit aussi* Association canadienne de l'industrie du médicament—Financement; Institut national du cancer du Canada
- Consommateurs. *Voit* Médicaments; Sein, cancer
- CRMIC. *Voit* Conseil de recherches médicales du Canada
- Cunningham, D' Alastair (Institut du cancer de l'Ontario)
Sein, cancer, étude, 3:24-35
- Degner, D' Lesley (Patient Participation Study)
Sein, cancer, étude, 7:36-52
- Dépistage précoce, programmes
Analyse sanguine, 21:15
- Auto-examen
Cours, 5:10; 8:26; 20:13, 18-9
- Efficacité, 3:48-50; 20:20-1
- Fonctionnement, 16:28-9
- Handicapées, 2:24
- Biopsies, arrêt, 5:43
- Cancer du col utérin, importance, confusion, 1:26
- Début, âge, détermination, 2:24
- Données
Banque centrale, conservation, 7:14
- Voit aussi sous le titre susmentionné* Mammographie
Efficacité, 3:8-9
- Voit aussi sous le titre susmentionné* Auto-examen
Établissement, 1:14
- Évaluation, 5:10-1
- Examen physique, protocole, 20:8
- Femmes
40 à 49 ans, survie, taux, 20:13, 17-8
- 50 ans et plus, 15:17-8
- Ménopausées, 1:26
- Plus âgées, programme de suivi, existence, 1:28-9
- Voit aussi sous le titre susmentionné* Mammographie
Financement, 5:21; 21:7-8
- Imagerie par résonance magnétique
Explications, 21:6-7
- Collins, l'hon. Mary—Suite
Gardiennes, services
Bénéficiaires et personnes restant à la maison, coûts, exemples, 18:25
- Crédit d'impôt remboursable, possibilité, examen, 18:24-5
- Financement, gouvernement, rôle, 18:21-3
- Programme national, mise sur pied, possibilité, 22:9
- Immigrantes, travailleur·s domestiques, nouveau règlement, révision, 18:25-6
- ONU, développement humain et qualité de vie, rapport 1993, données, 22:14-5
- Pension alimentaire, imposition, formule, modification, possibilité, 22:12-3
- Promotion de la femme, programme, coupures, 22:15
- Sein, cancer, rapport, attente, 18:15
- Services correctionnels
Installations, construction, 18:14-5
- «Maison de guérison» autochtone, construction, 18:14-5
- Prison pour femmes à Kingston, fermeture, date, 18:15
- Stratégie de développement de la population active, financement, augmentation, 18:30
- Stratégie de planification de l'emploi, financement
Coupures, justification, 18:27-8
- Sources, 18:29-30
- Travail non rémunéré, mesure et évaluation, Conférence internationale, 22:8
- Violence faite aux femmes
Campagne de sensibilisation, 18:10-1
- Élimination, Canada, leadership, 18:5; 22:6-7
- Financement, 18:11
- Juges, formation, cours, 22:11-2
- Polices, corps, formation, cours, 22:11
- Priorité de la ministre responsable de la situation de la femme, 18:5
- Scène internationale, Canada, chef de file, rôle, 18:6-7
- «Tolérance zéro», objectif, initiatives et stratégies, 18:6
- Vivre sans peur... Un but à atteindre, un droit pour toute femme*, document, gouvernement, réponse, dépôt, date, 18:6
- Colombie-Britannique, sein, cancer, dépistage, programme
Commentaires, 15:13-4
- Coûts, 9:31-3
- Détection, taux, amélioration, 9:32
- Données, compilation, importance, 9:29
- États-Unis, application, 10:28-9
- Fonds, utilisation, 9:27
- Lancement, Basco, D' Vivian, 9:31
- Mise sur pied, 2:23; 9:26-7
- Modèle, choix, 11:12-3
- Participation, femmes, nombre, 9:26
- Radiologistes, rôle, 9:27; 10:28
- Tumeurs dépitistes, grossueur, 9:29-30
- Unités mobiles, 15:18
- Création et mandat, description, 18:5-6
- Directeur exécutif, sélection, critères, 18:9-10
- Rapport final et plan d'action national
Parution, date, 22:15-6
- Préparation, 22:5

- Chirurgie esthétique—Suite
Responsabilités civiles, 13:13-4
Risques, facteurs, 16:12-3
Cimminovitch, Dr Louis (hôpital Mount Sinai de Toronto)
Sein, cancer, étude, 4:4-18
Clancy, Mary (L—Halifax)
Acide ilioénérique gamma, 9:10
Affaire Linda Wilson, 6:12
Association canadienne de l'industrie du médicament, 17:9-12
Cancer, 4:10-2
Chimiothérapie, 4:11
Chirurgie esthétique, 13:19; 16:12-3
Dépistage précoce, programmes, 1:26-7; 5:10-1, 17, 21, 26; 16:25-6; 20:25
Estrogène, 16:27
Etude nationale sur le dépistage du cancer du sein, 5:15-6
Institut de recherche sur Efanol, Nouvelle-Ecosse, 9:10-2
Institut du cancer de l'Ontario, 6:38-9
Institut national du cancer du Canada, 8:7
Instruments médicaux, 13:5-7
Je sais/I Know, 6:12-3
Médecins, 3:16; 4:11-2; 5:40-1; 10:15; 13:21
Médicaments, 3:16; 6:22-4; 28-9; 17:25-7
Ménopause, 4:45
Ontario Breast Screening Program, 5:37
Physiothérapeutes, 14:11
Prothèses mammaires, 1:25; 6:11, 29; 10:25-7; 40-1; 12:11-2, 15-6; 13:4-5; 7-8; 16:6; 11, 13-4; 20-1; 17:27
Recherche et développement, 17:32-3
Recherche médicale, 5:23
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 17:24
Sein, cancer
Dépistage, étude nationale, conclusions, examen, 20:13-4, 19, 23-5, 28
Etude, 1:13-5; 19-20, 25-7; 3:7-8, 10-2, 16, 23, 30-2; 4:10-2, 17, 29-32, 41-5; 5:5, 10-1, 13-7, 20-7, 30-4; 36-7, 39-43; 6:11-3, 17-8, 22-4, 28-32, 37-9; 8:7, 10-1, 21-3, 27, 33-5; 9:10-2, 25; 10:14-8, 25-7, 29, 38-41; 12:11-2, 15-7; 13:4-8, 16-9, 21; 14:9-11, 17, 26-7; 16:6-7, 10-4, 17, 20-1, 25-7, 34-7; 17:8-12, 17, 19, 21, 24-7, 32-5
Société canadienne de recherches cliniques, 17:24
Société canadienne du cancer, 8:33-5
Sous-comité, 6:17-8, 30-2, 39; 17:34-5
Séances à huis clos, présence, 1:5-6; 8:3; 20:3
Tamoxifène, médicament, 4:43-4; 16:27
Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (Etats-Unis), 10:15-6
Clarke, E. Ailee (Ontario Cancer Treatment and Research Foundation)
Sein, cancer, étude, 1:20-35
Clinic Alert, programme. Voir Etats-Unis
Code criminel
Modifications, 22:5
Collins, l'Hon. Mary (PC—Capilano—Howe Sound; ministre associé de la Défense nationale et ministre responsable de la situation de la femme jusqu'au 4 janvier 1993; ministre de la Diversification de l'économie de l'Ouest canadien et ministre d'Etat (Environnement) et ministre responsable de la situation de la femme à compter du 4 janvier 1993 jusqu'au 25 juin 1993; (ministre désigné de la Santé) ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et ministre chargée de la situation de la femme à compter du 25 juin 1993)
Action-femmes handicapées, bureau, subventions, suppression, 22:10
Aggressions sexuelles, crime, sensibilisation des avocats et juges, 18:18-9
ALENA, femmes, incidences, examen, 22:13
Allocations au conjoint, programme, justification, 18:15-7
Code criminel, modifications, 22:5
Comité canadien sur la violence faite aux femmes
Création et mandat, description, 18:5-6
Directeur exécutif, sélection, critères, 18:9-10
Rapport final et plan d'action national, 22:5, 15-6
Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction, rapport, crédibilité, 18:20-1
Condition féminine, ministère, rôle, 18:5-8; 22:8
Diversification de l'économie de l'Ouest, budget principal 1993-1994, 22:5-17
Emploi, égalité, programme, responsabilités professionnelles et familiales, intégration, gouvernement, rôle, 22:9-10
Emploi et Immigration, budget principal 1992-1993, 18:5-34
Enfants, prestations, programme, Condition féminine, ministère, participation, 18:23
Femmes
Âgées de moins de 65 ans, fonds de pension, accessibilité, difficultés, 18:32-4
Besoins, formation obligatoire pour les juges, 18:19-20
Egalité économique, 22:7-8
Formation, programmes, 18:28-9
Initiatives internationales, 22:6-7
Mesures législatives, participation, 22:6
Préoccupations, 22:5
Rémunération, revenus nets ou bruts, données, utilisation, 22:16-7
Restant à la maison et travaillant à l'extérieur, 18:13-4
Femmes auocochtones et développement économique, programme
Activités, 18:31
Condition féminine, ministère, rôle, 18:30-1
Début, date, 18:31
Financement, sources, 18:31
Femmes, égalité
Défis, 18:8
Economie, restructuration, répercussions, 18:7-8
Environnement, questions, rôle, 18:7
Gouvernement, plan de travail, objectifs, 18:5
Immigrantes, accessibilité, 18:8
Lesbiennes, cas, 18:12
Progrès, exemples, 18:17-8
Femmes, histoire, mois, initiative, succès, 22:8
Forger des alliances: Plan d'action pour une stratégie nationale contre la violence faite aux femmes, document, stratégie, 18:6

Blais, D' Pierre (témoin à titre personnel; Innoval Ltée)
Antécédents et formation, 12:17
Sein, cancer, étude, 9:46; 12:4-34

Boyd, D' Normand (Institut du cancer de l'Ontario)
Sein, cancer, étude, 6:32-41

Breast Cancer Action
Demandes, traitement, 15:21

Breast Cancer Research and Education Fund (St Catherine's, Ont.)
Exposé, 15:20-1

British Columbia Cancer Agency
Exposé, 9:1b-25

Burlington Breast Cancer Support Services Inc.
Exposé, 1:35-43

Calderwell, Judy (témoin à titre personnel)
Membre, Morrison, Sylvia, expérience, description, 1:43-52

Callaghan, D' Bryan, Voir Sous-comité—Témoins—
Convocation, comparution, etc.

Canadian Society of Plastic Surgeons, Voir Sous-comité—
Témoins—Convocation, comparution, etc.

Cancer
Alimentation, rapport, établissement, étude, 20:24

Cancer 2000
Anovaunts, lien, 16:30

Cancer du col utérin, Voir Dépistage précoce, programmes
Travaux, description, 3:13-5, 21

Cancer du sein, Voir *plutôt* Sein, cancer

Canter 2000
Prothèses, évolution, ventilation, 16:34-5

Canter 2000
Prothèses, coûts, 8:36

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Canter 2000
Prothèses, services, importance, 8:35-6

Cancer, recherches
Canada, activités, réduction, 2:37

Cancer, recherches
Chercheurs, qualifications et financement, lien, 2:10-1

Cancer, recherches
Connaissances, secteurs, 2:14-5

Cancer, recherches
Description, 3:34-5

Cancer, recherches
Double emploi, 11:8-9

Cancer, recherches
Encouragements, 16:35

Cancer, recherches
Evolution, fermes, présence, répercussions, 2:40

Cancer, recherches
Financement

Cancer, recherches
Description, 2:30-7

Cancer, recherches
Priorités, examen, 2:45: 4:13-7

Cancer, recherches
Processus, organismes divers, établissement, 2:11-2

Cancer, recherches
Provinces, encouragements, 2:43-5

Cancer, recherches
Sources

Cancer, recherches
Industrie, 2:37-8, 40

Cancer, recherches
Possibilités, 6:26

Cancer, recherches
Société canadienne du cancer, 8:11

Cancer, recherches
Sociétés pharmaceutiques, 6:28

Cancer, recherches
Tableau, 2:4-7

Cancer, recherches
Utilisation, 6:24-5

Cancer, recherches
Winario, contribution, 2:43

Cancer, recherches
Voir aussi sous le titre *susmentionné* Chercheurs

Cancer, recherches
Hommes, attitude, 2:39

Cancer, recherches
Immigrants et réfugiés, situation, 2:42-3

Cancer, recherches
Pays divers

Cancer, recherches
Collaboration, 2:12

Cancer, recherches
Initiatives, 11:8-9

Cancer, recherches
Provinces

Cancer, recherches
Avancement, 2:41

Cancer, recherches
Reproduction

Cancer, recherches
Et infertilité, différences, 2:13-4

Cancer, recherches
Nouvelles techniques, 2:13

Cancer, recherches
Science, avancement, priorité sur l'amélioration de la santé, 2:14

Cancer, recherches
Sélection, 8:14-5

Cancer, recherches
Suède, situation, 7:14-5

Cancer, recherches
Voir aussi Etats-Unis

Centre régional du cancer de Hamilton
Exposés, 7:4-11, 15-9

Centres de traitement du cancer
Recommandations, 7:12-3

Centres de traitement du cancer
Voir aussi Témoins

Chaires de recherche, Voir Recherche et développement

Chimiothérapie
Nouveau médicament, remplacement, 4:17

Chirurgie esthétique
Utilisation, description, 4:11-2

Chirurgie esthétique
Et reconstructive, prothèses mammaires, utilisation, risques, différence, 13:19-20

Chirurgie esthétique
Et reconstructive, prothèses mammaires, utilisation, risques, différence, 13:19-20

Chirurgie esthétique
Et reconstructive, prothèses mammaires, utilisation, risques, différence, 13:19-20

Chirurgie esthétique
Et reconstructive, prothèses mammaires, utilisation, risques, différence, 13:19-20

Chirurgie esthétique
Et reconstructive, prothèses mammaires, utilisation, risques, différence, 13:19-20

- Association canadienne de l'industrie du...**—Suite
Financement
Conseil de recherches médicales du Canada, différences, 17:10
Voir aussi sous le titre susmentionné Université
- Produits, approbation**
États-Unis et Canada, comparaison, 17:15-6
Taux, retards, 17:15
Publicité et recherche, financement, comparaison, 17:12-3
Recherche
- Budget, augmentation, 17:9**
Voir aussi sous le titre susmentionné Publicité
- Sein, cancer, traitement, médicaments**
Argent, montants, 17:11-2
Essais, défis, 17:13-4
Universités, financement, 17:9-10
Voir aussi Appendices; Témoins
- Association canadienne des radiologistes. Voir** Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein—Participation
- Association des plasticiens. Voir** Sous-comité—Témoins—Convocation, comparaison, etc.
- Association médicale canadienne (AMC). Voir** Prothèses mammaires—Même—Danger; Sous-comité—Témoins—Convocation, comparaison, etc.
- Assurance-maladie, régime. Voir** Prothèses mammaires—Implantation—Paiement
- Autochtones. Voir** Sein, cancer—Augmentation; Services correctionnels—Maison
- Basco, D' Vivian. Voir** Colombie-Britannique, sein, cancer, dépistage, programme—Lancement
- Batt, Sharon (témoin à titre personnel)**
Exposé, 4:18-26
Sein, cancer, étude, 4:18-34
- Bayview Regional Cancer Centre de Toronto**
Mémoire, 4:34-41
Voir aussi Appendices; Témoins
- Beatty, D' David (Institut national du cancer du Canada)**
Sein, cancer, étude, 11:4-16
Voir aussi Appendices—Institut national du cancer du Canada—Canada—Reenseignements
- Bégin, Patricia (rechercheur pour le Sous-comité)**
Sous-comité, séances à huis clos, présence, 1:5-6
Dépistage précoce, programmes, 4:6
Sein, cancer, étude, 4:32-4, 46-7
- Black, D' Charlyn (Manitoba Health, Working Group on Breast Cancer Screening)**
Sein, cancer, étude, 15:8-12, 15-9
Black, Dawn (NPD—New Westminster—Burnaby) (présidente suppléante)
Association canadienne de l'industrie du médicament, 17:12-4
- Breast Cancer Action, 15:23-4**
Caldwell, Judy, 10:41, 43
Cancer, 3:33; 7:48-9, 51; 8:35-6
- Black, Dawn—Suite**
Cancer, recherches, 2:8, 13-4, 37-9, 45; 3:34; 4:13, 15-7; 7:15; 8:14
Centre régional du cancer de Hamilton, 7:12-3
Colombie-Britannique, sein, cancer, dépistage, programme, 9:29-31; 10:28; 15:13
Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 18:9-10
Commission royale d'enquête sur les nouvelles technologies de reproduction, 18:20
Dépistage précoce, programmes, 1:28-9; 2:23-4; 7:13-4; 9:30; 11:12; 15:13-4, 16; 16:15, 28; 20:13; 21:11, 13, 15
Emploi et immigration, budget principal 1992-1993, 18:9-12, 19-22, 25-9, 31-4
États-Unis, 10:19-20
Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein, 21:10-1
Femmes, 11:28-9; 16:37; 18:19-20, 28-9, 31-4
Femmes, égalité, 18:12
Fondation canadienne du cancer du sein, 2:24, 26, 28-9
Gardiennes, services, 18:21-2
Hrynuk, D' William, 7:12
Immigrantes, 18:25-7
Implants, 12:15, 25
Industrie pharmaceutique, 16:37
Institut de recherche sur l'Étamol, Nouvelle-Écosse, 9:12-3, 15
Ismaïl, D' Abdel Raouf, 16:14-5
Médicaments, 3:20-2; 4:26-7; 7:22-3, 45-6; 14:28-30
National Needs Study, 7:30, 35
Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, 1:30
Programme post-mastectomie, 8:24-5
Prothèses mammaires, 1:25; 10:22-4, 26-7; 12:8, 10-1, 23-4, 26-7, 31; 16:15-6
Recherche et développement, 21:15-6
Santé, 1:56; 2:9
Santé nationale et Bien-être social, ministère, 1:15-7; 12:26, 32-3
Sein, cancer
Dépistage, étude nationale, conclusions, examens, 20:8-9, 13-4, 17, 19, 22, 26-8; 21:4, 6, 8, 10-6
Étude, 1:15-8, 25, 28-31, 35, 55-8; 2:7-9, 13-5, 20, 23-8, 32, 37-9; 3:7-8, 10-1, 16, 19-24, 33-4, 43-5, 51-2; 4:12-3, 15-7, 26-9; 7:12-5, 22-3, 30-5, 41, 45-51; 8:13-5, 24-7, 35-6, 38; 9:12-3, 15, 28-32; 10:19-24, 26-8, 38, 41-3, 47, 11:10-2, 24-5, 27-9; 12:8, 10-1, 15, 23-7, 31-3; 14:5, 12-5, 17-8, 27-31; 15:12-4, 16, 21-5; 16:6, 14-6, 21, 24, 26-30, 33, 35-7; 17:12-5, 27-30
Société de la chirurgie plastique de la région de la capitale nationale, 16:14
Sous-comité, 1:58; 3:52; 15:24-5; 20:28; 21:4, 14
Séances à huis clos, présence, 1:5-6; 8:3; 20:3
Spiegel, étude, 3:33-4
Stratégie de planification de l'emploi, 18:27-8
Webster, Cynthia E., 14:12
Wellspring, idée, 3:34
Y-ME, Organisme national d'information sur le cancer du sein (États-Unis), 10:19-21
Voir aussi Président du Sous-comité—Présidentes suppléantes

INDEX

SOUS-COMITÉ DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

TROISIÈME SESSION—TRENTÉ-QUATRIÈME LÉGISLATURE

DATES ET FASCICULES

—1991—

Juin: les 6, 13 et 17, f.1.

Septembre: les 17 et 24, f.1.

Octobre: le 22, f.1; le 29, f.2.

Novembre: le 6, f.3; le 19, f.4; le 20, f.5; le 26, f.6 (réimpression).

Décembre: le 2, f.7; le 10, f.8.

—1992—

Février: le 4, f.8; le 11, f.9; le 18, f.10; le 25, f.11; le 26, f.12.

Mars: le 17, f.13; le 30, f.14.

Avril: le 27, f.15.

Mai: le 4, f.16; le 11, f.17 (réimpression); le 19, f.18.

Novembre: les 17 et 24, f.20.

Décembre: le 9, f.21.

—1993—

Mai: le 25, f.22.

N.B. Il n'y a pas de fascicule 19.

Cet index est un index croisé couvrant des sujets variés. Chaque fascicule est enregistré selon la date et cette référence se trouve à la page suivante.

L'index contient l'analyse des sujets et les noms des participants. Chaque référence apparaît sous les deux rubriques afin de faciliter l'accès par le nom de l'intervenant ou par le sujet. Les chiffres qui suivent les titres ou sous-titres correspondent aux pages indexées. Certains sujets d'importance font aussi l'objet de descripteurs spéciaux.

Les noms des intervenants et les descripteurs sont inscrits dans un ordre alphabétique. Certaines entrées relatives à la législation sont indexées chronologiquement.

Une entrée d'index peut se composer d'un descripteur en caractères gras et d'un ou de plusieurs sous-titres tels que:

Impôt sur le revenu
Agriculteurs
Gains en capital

Les renvois à un premier sous-titre sont indiqués par un long trait.

Gains en capital. Voir Impôt sur le revenu—Agriculteurs

Les abréviations et symboles que l'on peut retrouver dans l'index sont les suivants:

1^{re}, 2^e, 3^e l.=première, deuxième, troisième lecture. A.=appendice. Am.=amendement. Art.=article. Chap.=chapitre. Dd.=ordre de dépôt de documents. Déc.=déclaration. M.=motion. Q.F.=question au *Feuilleton*. Q.O.=question orale. R.g.=réponse du gouvernement. Rés.=résolution. S.C.=Statuts du Canada. S.r.=sanction royale.

Affiliations politiques:

BQ	Bloc Québécois
(cons. Ind.	Conservateur indépendant
Ind.	Indépendant
L	Libéral
NPD	Nouveau parti démocratique
PC	Progressiste conservateur
Réf.	Parti réformiste du Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser
au Service de l'index et des références (613) 992-7645.
Télécopieur (613) 992-9417

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des
communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.
En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the House of Commons
by the Queen's Printer for Canada.
Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

CHAMBRE DES COMMUNES

DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES
AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Condition féminine

SOUS-COMITÉ SUR LA

DU

INDEX

CANADA



OCT 5 1994

